



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

### **A Alta em Neonatologia**

Contributos de Enfermagem para a Promoção da Saúde e Bem-estar do Recém-nascido e Família

### **Ana Cristina dos Santos Moreira Bravo**

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

### **Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Évora, 2019



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

### **A Alta em Neonatologia**

Contributos de Enfermagem para a Promoção da Saúde e Bem-estar do Recém-nascido e Família

### **Ana Cristina dos Santos Moreira Bravo**

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

### **Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Évora, 2019

## AGRADECIMENTOS

À Laura que veio como uma surpresa esperada e muito desejada para me ensinar que cada criança é uma criança e não há fórmulas perfeitas. Que me fez perceber o que é estar do outro lado de quem tem num filho, o seu maior tesouro e todo o seu coração.

Ao José que embarcou nesta aventura, sem pensar duas vezes e que repetiu vezes sem conta “nós vamos conseguir!”. Que se desdobra e faz tudo para me ver feliz.

Aos meus pais, por priorizarem sempre a minha educação por muito que lhe pudesse custar. Por me terem sempre apoiado e principalmente, pelo amor que sempre souberam dar.

Ao Jorge, por ser um exemplo de perseverança, trabalho e garra.

Às minhas crianças: Madalena, Maria, Francisco e João, e a todas as crianças que fazem parte da minha vida e me mostram o que quero para mim.

À Susana pelas horas de desabafo e apoio durante este percurso.

À Professora Gabriela pela incansável orientação, que por vários motivos não foi fácil, e por este ter sido mais um desafio na sua carreira.

Às Enfermeiras orientadoras: Mónica Palha, Filipa Fonseca e Alexandra Sousa, pela paciência, suporte e força que me transmitiram. Pelo profissionalismo e paixão pela pediatria que é comum a todas.

E mais uma vez, à Laura que me ensinou mais num ano o que jamais poderia imaginar.

## RESUMO

O presente relatório tem como objetivos: contextualizar o percurso, realizar o enquadramento concetual do projeto de estágio, apresentar o projeto de estágio realizado e analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências de Mestre.

O Projeto de Intervenção tem como título, “A Alta em Neonatologia: Contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido/família”, sendo o objetivo: dotar a equipa de enfermagem, de um documento orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos, na capacitação dos pais para alta do recém-nascido.

O enfermeiro assume um papel de destaque na preparação para a alta do recém-nascido/família, tornando-se pertinente a criação de um documento com orientações teórico práticas, com base científica atualizada, de forma a que a informação transmitida aos pais/família, seja o mais coerente possível.

O desenvolvimento do Projeto, incluindo todas as fases da Metodologia de Projeto é descrito ao longo do relatório, dando resposta a objetivos pessoais e às competências requeridas.

**Palavras-chave:** Guia Orientador; Recém-Nascido; Alta Hospitalar; Enfermagem Pediátrica; Neonatologia.



## **ABSTRACT**

**Title:** The Hospital Discharge in Neonatology: Nursing contributions for the promotion of the health and well-being of the newborn /family.

The purpose of this report is to contextualize the course, to carry out the conceptual framework of the internship project, to present the internship project and to analyze and reflect on the common and specific competences of the Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing and the competencies of Master.

The Intervention Project has as its title, "Hospital Discharge in Neonatology - Nursing contributions for the promotion of the health and well-being of the newborn / family" , with the objective of providing the nursing team with a guiding document, language standardizer / concepts and procedures, in training parents to discharge the newborn.

The nurse assumes a prominent role in the preparation for discharge of the newborn / family, making it pertinent to create a document with theoretical and practical guidelines, with updated scientific basis, so that the information transmitted to the parents / family, be as coherent as possible.

Project development, including all phases of the Project Methodology, is described throughout the report, responding to personal objectives and required competencies.

**Keywords:** Guideline; Newborn; Hospital Discharge; Pediatric Nurse; Neonatology.

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

**APA** – *American Academy of Pediatrics*

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**CESIJ** – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**EEESIP** – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RN** – Recém-Nascido

**SBP** – Sociedade Brasileira de Pediatria

**SMSL** – Síndrome de Morte Súbita no Latente

**SOPed** – Serviço de Observação de Pediatria

**SPN** – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

**SUPed** – Serviço de Urgência de Pediatria

**UCN** – Unidade de Cuidados Neonatais

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**UNESCO** - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

**UNICEF** – *United Nations Children's Fund*

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## Índice de Gráficos

Gráfico nº1- Uniformidade da linguagem e conteúdo, na informação transmitida aos pais/cuidadores, durante a preparação para a alta, em toda a equipa de enfermagem.....	29
Gráfico nº2- Importância de um Guia Orientador para tornar a informação transmitida coerente e uniforme.....	29
Gráfico nº3 -Escolha das cinco temáticas incluídas no Guia Orientador.....	29
Gráfico nº4 – Pertinência da informação contida no documento.....	38
Gráfico nº5 – Relevância do documento elaborado na colmatação de lacunas teórico-práticas na transmissão de informação.....	38
Gráfico nº6 - Uniformização da informação após a implementação do Guia Orientador.....	39
Gráfico nº7 – Acessibilidade do Guia Orientador.....	39

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Objetivos, Atividades e Meios.....	32
-------------------------------------------------	----

# Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO .....</b>	<b>13</b>
1.1. Estágio I .....	13
1.2. Estágio Final .....	14
1.2.1. Unidade de Cuidados Neonatais.....	14
1.2.2. Serviço de Urgência de Pediatria .....	15
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>17</b>
2.1. O Recém-nascido e Família na Unidade de Neonatologia .....	17
2.2. A Preparação para a Alta e os Cuidados de Enfermagem .....	21
<b>3. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>
3.1. Diagnóstico da Situação .....	26
3.2. Definição de Objetivos .....	31
3.3. Planeamento.....	31
3.3.1. Atividades, estratégias e meios .....	32
3.3.2. Cronograma .....	33
3.4. Execução e Avaliação .....	34
3.5. Considerações de Ordem Ética .....	40
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
4.1. Competências Comuns .....	42
4.2. Competências Específicas .....	45
4.3. Competências de Mestre em Enfermagem .....	48
<b>5. CONCLUSÕES .....</b>	<b>52</b>

<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>54</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO I - Checklist Alta Serviço de Neonatologia .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO II – Consentimento Informado .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO III- Participação Encontro de Enfermeiros de Neonatologia .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO V – Parecer Hierárquico .....</b>	<b>63</b>
<b>8. APÊNDICES.....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, vertente de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que decorreu nos anos letivos 2016/2017 e 2017/2018. O Curso de Mestrado, foi realizado em duas fases distintas: a componente teórica, lecionada em sala de aula, que decorreu ao longo do primeiro semestre, com início em setembro de 2016, até meados do 2º semestre, com término em abril de 2017. Após esta data, deu-se início à componente prática com a realização do Estágio I e do Estágio Final, nos quais foi aplicado o Projeto de Intervenção, culminado com a elaboração do Relatório de Estágio.

A frequência no Curso de Mestrado, pressupõe a aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), sendo objetivos do presente relatório: contextualizar o percurso, realizar o enquadramento conceitual do projeto de estágio, apresentar o projeto de estágio realizado e analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências de Mestre.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a, p.2), o Enfermeiro Especialista detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, (...) demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. O EEESIP presta cuidados com base no modelo conceptual centrado na criança/jovem e sua família, “(...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, (...) à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE, 2010b, p.1).

Os estágios, como já foi referido, dividiram-se em dois momentos: Estágio I, no segundo semestre do Curso de Mestrado e o Estágio Final que decorreu no terceiro semestre do referido Curso. Desenvolvemos os Estágios I numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Lisboa, tendo sido este bastante gratificante por abranger todas as faixas etárias e consequentemente diferentes fases do desenvolvimento infanto-juvenil permitindo-nos a prestação de cuidados direcionada para a avaliação de desenvolvimento infantil, cuidados antecipatórios e despiste de desvios.



Sendo este também um ótimo momento para a promoção da saúde da criança/jovem/família, possibilitando a realização de educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas. O Estágio final subdividiu-se em dois locais: Unidade de Cuidados Neonatais (UCN) e Serviço de Urgência de Pediatria (SUPed). A UCN mostrou-nos todo um mundo novo, pela vulnerabilidade inerente à condição de saúde da criança/jovem/família, pela tecnologia envolvente e pela especificidade dos cuidados prestados.

O SUPed, direcionou-nos para o que queremos fazer no futuro. É um serviço que abrange, também todas as faixas etárias e que está mais direcionado para a maximização da saúde em situações complexas, requerendo a consolidação de conhecimentos, embora em determinados momentos se possa realizar a promoção da saúde.

O desenvolvimento do nosso Projeto de Intervenção, inerente à aquisição das competências de Mestre, Comuns de Enfermeiro Especialista e de EEESIP, dá resposta a competências como: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2011a). Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento (OE, 2011b). Possui conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitem e constituem a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação e capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 63/2016).

O desenvolvimento do mesmo decorreu ao longo do 2º e 3º semestre do Curso de Mestrado, tendo início na disciplina “Projetos de Intervenção em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria” através da escolha do tema: Alta em Neonatologia. Ao longo do Estágio I e Estágio Final foi seguida linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, sendo que todos os trabalhos que desenvolvemos tiveram como base esta linha. O projeto foi implementado na Unidade de Neonatologia e constou da elaboração de um Guia Orientador, dirigido à Equipa de Enfermagem, cujo título é: “A Alta em Neonatologia: contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-

nascido (RN)/família” e respeita as fases de desenvolvimento inerentes á Metodologia de Projeto, que sustentou o referido trabalho.

O objetivo geral que delineámos para o Projeto de Intervenção foi: dotar a equipa de enfermagem, de um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos, na capacitação dos pais/cuidadores para alta do RN.

É da responsabilidade do enfermeiro, entre outras: promover a relação com os pais, incentivar o papel parental durante a hospitalização; avaliar a capacidade da família para entender a situação clínica da criança; integrar e implicar os pais nos cuidados e no planeamento da alta; identificar e supervisionar as capacidades dos pais para a prestação de cuidados e promover o desenvolvimento das competências; ensinar, instruir e treinar os pais sobre todos os cuidados que vão prestar em casa; ensinar os pais a reconhecer sinais de alarme e identificar se os pais têm toda a informação relativa à situação da criança e aos cuidados necessários após a alta (OE, 2011).

Com base no referido pela Ordem dos Enfermeiros, torna-se importante incrementar, na equipa de enfermagem, conhecimento teórico-prático atualizado na Equipa de Enfermagem, para otimizar a resposta às necessidades sentidas pelos pais no momento da alta. Assim, considerámos que um guia orientador, com orientações teórico-práticas seria uma forma eficaz de capacitar a equipa para a educação dos pais relativamente aos cuidados a prestar ao recém-nascido.

De acordo com a OE (2011, p.71),

“Os enfermeiros têm um papel central na educação dos pais e outros cuidadores na preparação para a alta, que pode ser facilitado pela utilização de filosofias e modelos orientadores das práticas de cuidados, assim como por métodos de organizar a prestação de trabalho que reconheçam o papel central das famílias no processo de cuidados dos seus filhos e permitam maior autonomia na tomada de decisão em Enfermagem”.

Tendo sido o Estágio Final e a implementação do Projeto de Intervenção numa Unidade de Neonatologia em que os pais são o alvo da educação para a alta, “recomenda-se a utilização de modelos de cuidados centrados na família, cuja filosofia pressupõe que as necessidades dos

pais e crianças sejam centrais ao processo de cuidar e reconheçam a família como parte integrante na vida da criança” (OE, 2011, p.71).

No que respeita á estrutura deste relatório, encontra-se dividido em quatro partes: Contextualização do Percurso, em que é descrito o contexto em que foram realizados os estágios; Enquadramento Conceptual que fundamenta a temática desenvolvida no Projeto de Intervenção; Projeto de Intervenção que descreve a Metodologia de Projeto realizada, em todas as suas fases; Análise Reflexiva sobre o Desenvolvimento Competências, onde realizamos a reflexão acerca da aquisição de Competências de Mestre, Comuns de Enfermeiro Especialista e de EEESIP.

Para a elaboração do presente relatório, a pesquisa foi realizada nas bases de dados, artigos científicos: EBSCO (MEDLINE, CINAHL, ASC, MedicLatina, ERIC, RBN), SCielo e em documentos oficiais. Este relatório, encontra-se escrito atendendo ao novo acordo ortográfico e segue a norma da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO**

O percurso formativo iniciou-se em setembro de 2016 tendo decorrido, a componente teórica do Curso de Mestrado, até abril de 2017, seguindo-se a componente prática com a realização de Estágios de maio de 2017 a fevereiro de 2018, a que reporta o referido relatório. Permitindo, assim, o desenvolvimento de competências teóricas e de investigação, aliadas às competências práticas desenvolvidas ao longo dos Estágios, tendo como finalidade a aquisição de competências de Mestre e de EESIP.

Neste capítulo é descrito o percurso de Estágio realizado para perceção do contexto em que foram desenvolvidas as referidas competências.

O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida aquando da prática dessa disciplina (Benner, 2001).

### **1.1. Estágio I**

O primeiro estágio decorreu numa USF, entre 2 de maio e 16 de junho de 2017, num total de 126 horas de contacto.

A USF em causa, insere-se no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) I – Lisboa Norte, está sediada num prédio, no r/c, 1º e 2º andares e foi criada em 2009, iniciando a sua atividade como Modelo B em 2012. Em julho de 2018, o número total de inscritos na USF era de 12.670 utentes, não existindo nenhum utente sem médico de família (Ministério da Saúde, 2018).

A população é caracterizada pela elevada percentagem de idosos, de 72.26%, com elevado índice de dependência, sendo apenas a percentagem de jovens de 21.6%. Dos 0 aos 14 anos, o número de inscritos é de 1589, perfazendo 12.5% da população. O número de crianças até 1 ano de vida é de 79 (Ministério da Saúde, 2018).

A equipa multidisciplinar da referida USF é constituída por: 7 médicos, 5 secretários clínicos e 6 enfermeiros, sendo uma enfermeira EEESIP. A USF dispõe da Consulta de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil médica e de enfermagem, sendo a vigilância efetuada de acordo com a periodicidade sugerida pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013.

Privilegiando os cuidados à família, a Saúde Infanto-Juvenil assume-se como uma área importante na prestação de cuidados à criança, jovem e sua família na USF, tendo o EEESIP uma intervenção relevante, justificando assim a total pertinência deste estágio no plano de estudos.

Este estágio revelou-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais. Sendo rico em aprendizagens diversificadas, nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados, na promoção da saúde, à criança/jovem/família em toda a faixa etária pediátrica.

## **1.2. Estágio Final**

O Estágio Final decorreu entre 30 de outubro de 2017 e 23 de fevereiro de 2018, num total de 388 horas de contacto, dividido em dois locais distintos: Serviço de Neonatologia e SUPed.

### **1.2.1. Unidade de Cuidados Neonatais**

O período de estágio na Unidade de Cuidados Neonatais (UCN) decorreu entre 30 de outubro de 2017 e 12 de janeiro de 2018, durante 210 horas de contato, tendo sido neste estágio que o projeto foi desenvolvido e aplicado.

A UCN em questão é composta por: uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com um total de 8 incubadoras, admitindo RN em estado crítico que necessitam de vigilância contínua e/ou ventilação mecânica invasiva; uma Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, tendo lotação para 10 berços/incubadoras, recebe RN que necessitam de vigilância para assegurar uma evolução favorável do seu estado clínico; uma Sala de Pré-Saída, com capacidade para 4 berços que admite RN normalmente com peso superior a 1900 gramas, com estabilidade hemodinâmica e que tem como objetivo adquirirem autonomia alimentar, realizar a transição do ambiente hospitalar para o domicílio (nomeadamente diminuição do ruído) e

preparar os pais. A UCN presta cuidados diferenciados de saúde ao RN até aos 28 dias, procurando dar resposta a patologias do RN e complicações da prematuridade e assegurando a continuidade de cuidados através de contactos com outros serviços do hospital, com outros hospitais e através da referenciação para o centro de saúde aquando da alta para o domicílio.

A UCN possui todas as técnicas de ventilação e técnicas inovadoras como a hipotermia induzida, tendo sido pioneira desta técnica em Portugal (Centro Hospitalar Lisboa Norte Pediatria, 2012).

A equipa multidisciplinar é composta por médicos neonatologistas, auxiliares de ação médica, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala, dietista e secretária de unidade. O método de trabalho é o de enfermeiro responsável. Na altura da realização do estágio a equipa era composta por 37 enfermeiros, sendo 8 EEESIP, uma Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, um em Reabilitação e um de Saúde Materna e Obstetrícia.

Sendo um campo e estágio com tamanha complexidade, torna-se difícil a integração nos cuidados, tendo sido por isso definido como o estágio de maior tempo de contacto. Por outro lado, sendo que tem diferentes níveis de cuidados, permite que ao longo do estágio se possa ir diversificando e experienciando a diversidade de complexidade que o campo estágio oferece.

A distribuição, pelos diferentes setores (cuidados intensivos, intermédios e pré saída) é realizada pela chefia. De acordo com essa mesma distribuição, coincidiu com um número mais elevado de turnos na Unidade de Cuidados Intensivos e correspondendo à fase inicial de estágio. Assim foram realizados cerca de 4 turnos na Unidade de Cuidados Intensivos e 5 turnos na Sala de Pré-Saída.

A unidade de Cuidados Intensivos requer competências técnico-científicas desenvolvidas, sendo que foi estimulante o desenvolvimento das mesmas no início do estágio, fazendo com que nas outras duas unidades a prestação de cuidados ao RN e pais, se desenvolvesse com mais confiança e domínio.

### **1.2.2. Serviço de Urgência de Pediatria**

O estágio no SUPed decorreu de 15 de janeiro a 23 de fevereiro de 2018, num total de 126 horas de contacto.

O SUPed, no qual decorreu o estágio, presta cuidados à criança e jovem até aos 17 anos e 364 dias. É dividido em várias salas, conforme os cuidados prestados: triagem, aerossóis (atualmente utilizada como sala de espera/vigilância por se encontrar perto da sala de triagem permitindo despiste de agravamento), reanimação, tratamentos, ortopedia, pequena cirurgia e Serviço de Observação Pediátrica (SOPed).

O circuito de atendimento da criança/jovem começa na sala de triagem onde é observado e avaliado pelo enfermeiro que estabelece a prioridade em emergente, urgente e não urgente e faz o respetivo encaminhamento. Até à data a triagem é simples, sem fluxograma definido e assente apenas na observação realizada pelo enfermeiro tendo em conta fatores de gravidade. Está em curso a implementação do Sistema de Triagem de Manchester.

O SOPed tem lotação para 6 camas sendo o local onde a criança permanece para estabilização do quadro clínico após cirurgias, exame de diagnóstico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre 24 a 48h. Após esclarecimento de diagnóstico/ estabilidade hemodinâmica, é realizada articulação com serviços/hospitais de transferência em caso de necessidade de internamento, ou encaminhamento para a alta.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros (5 EEESIP), auxiliares da ação médica e uma secretária. O método de trabalho é de enfermeiro responsável.

Ao longo do estágio foi possível a prestação de cuidados em todas as salas e níveis de intervenção.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Em 2016 registou-se, em Portugal, o nascimento de 87 126 nados-vivos, filhos de mães residentes em território nacional, valor que traduz um aumento de 1,9% face a 2015. Do total de nascimentos, 44 789 eram do sexo masculino e 42 337 do sexo feminino (INE, 2017).

Em 2016 e face a 2011, verificou-se um aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2 500 gramas). Estes representavam 8,7% do total de nascimentos com vida em 2016. Registou-se igualmente um acréscimo da percentagem de nados-vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação), de 7,4% para 7,8% (INE, 2017).

Os avanços obtidos na assistência ao recém-nascido prematuro permitiram a sobrevivência de bebés cada vez mais prematuros, e, por conseguinte, uma diminuição da mortalidade perinatal e neonatal, contudo, o índice de morbilidade tem aumentado (Macedo, 2012).

### **2.1. O Recém-nascido e Família na Unidade de Neonatologia**

Complicações durante a gravidez, nascimento e/ou pós-parto podem resultar na admissão de um bebé numa UCN (Kerr et al., 2017). Enquanto a sobrevivência e as perspetivas a longo prazo são prioridade na admissão de uma criança de alto risco, a separação forçada dos pais e das crianças pode ter consequências psicológicas para ambos. Havendo, assim, necessidade de desenvolver e avaliar intervenções que ajudem os pais a sentir-se mais próximos dos seus filhos em circunstâncias em que há separação psicológica (Obeidat, Bond & Callister, 2009).

A admissão de um bebé numa Unidade de Neonatologia não é apenas por prematuridade, havendo outras situações, em bebés de termo ou pós termo, que levam ao internamento em Unidades de Neonatologia. Ainda assim, por ser a razão mais comum haverá mais referências à prematuridade ao longo do texto. Segundo Harrison & Goodman (2015) e *Royal College of Pediatrics and Child Health* (2015), citado in Kerr et al. (2017) estimativas recentes apontam para 8-12% dos bebés nos países desenvolvidos recebem algum tipo de



cuidado numa Unidade de Neonatologia, sendo a razão mais comum de admissão, a prematuridade.

O início de vida de um bebé num ambiente tão artificial e estranho como uma Unidade de Neonatologia, bem com a situação de vulnerabilidade que justificou o seu internamento são vividos de forma intensa pelos pais, sendo este um período descrito na literatura como extremamente difícil e doloroso, marcado por sentimentos de perda, medo, raiva, culpa e impotência (Diaz, Caires & Correia, 2016).

Sabe-se que, as mães com crianças internadas numa Unidade de Neonatologia, passam por maiores dificuldades na transição para a parentalidade que as mães de bebés saudáveis. Os sentimentos vividos pelas mães são: stress, ansiedade, choque, assustadas e preocupadas, infelizes, impotência, desespero, sentimento de perda da estabilidade emocional, culpa e insegurança (Obeidat et al., 2009).

Vários autores alertam para o facto da interrupção “imposta” pelo internamento numa unidade de neonatologia e as dificuldades emocionais experienciadas poderem inibir o estabelecimento de ligações afetivas entre os pais e o recém-nascido, com significativas repercussões no desenvolvimento e bem-estar do bebé, na autoconfiança dos pais e na sua capacidade para assumirem o papel parental. Pode igualmente constituir um risco para a dinâmica familiar (Diaz et al., 2016).

“Os pais de bebés prematuros ou doentes, têm sentimentos de impotência, na medida em que as necessidades do seu bebé são complexas e a tecnologia usada nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, pode ser intimidante. Neste contexto a participação e permanência dos pais no hospital é extremamente benéfica quer para a criança, quer para a integridade da família. Os profissionais das UCIN’s entendem estes sentimentos e sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados.” (SPN, 2016, p.10).

A prematuridade e o cuidar de um bebé frágil são experiências angustiantes para toda a família, podendo atrasar o desenvolvimento de competências maternas, não se devendo negligenciar o processo de transformação da identidade da mulher (Macedo, 2012).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a parentalidade é definida como,

“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser pai/mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas do indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (OE, 2016, p.38) e a adaptação à parentalidade como: “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe ou pai; interiorizando as expectativas da família; amigos e sociedade quantos aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (*International Council of Nurses*, 2016, p.71).

Os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e saúde da criança, até que esta desenvolva as capacidades necessárias para ser um adulto independente com capacidades comportamentais para otimizar os valores culturais e crenças (Hockenberry, 2014).

A transição para a parentalidade, requer desenvolvimento de competências parentais e é influenciado por fatores: sócio-familiares; relacionados com a própria criança (a idade gestacional, o peso da criança e a sua resposta na interação, podendo agir como fatores inibidores da prestação de cuidados pelos seus pais) e com a preparação para a alta da UCIN. Esta deve iniciar-se de forma precoce, gradual e sintetizada colmatando todas as dúvidas e necessidades que surgirem ao longo do internamento da criança, descartando os fatores que podem interferir com a capacidade de os pais prestarem cuidados (Macedo, 2012).

Os Enfermeiros da Unidade de Neonatologia, devem desenvolver intervenções e estratégias para minimizar o stress dos pais e apoiar os seus sentimentos a ultrapassar esta situação causadora de stress. Os cuidados centrados na família são essenciais (Obeidat, 2009).

A filosofia de cuidados centrados na família reconhece a família como constante na vida da criança. Dois conceitos básicos dos Cuidados Centrados na Família são: a capacitação e o empoderamento. Os profissionais capacitam as famílias a partir da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e

adquirem novas, para atender às necessidades da criança e da família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

Envolver a família no cuidado aos seus filhos é fulcral. Os quatro princípios cuidados centrados na família são: dignidade e respeito, partilha de informação, participação da família nos cuidados. Quando implementado devidamente, o cuidado centrado na família pode reduzir o tempo de internamento, diminuir o risco de readmissão, realçar o resultado da amamentação, impulsionar a confiança da família no cuidado à criança e aumentar a satisfação da equipa (Smith et al, 2013). Ao envolver os pais nos cuidados, estamos a promover a identidade parental e envolvê-los na tomada de decisões aumenta a sua confiança na preparação para a alta (Banerjee et al., 2018).

Os Cuidados centrados na família requerem alguns pressupostos, que pelo pudemos observar, são realizadas na Unidade de Neonatologia onde foi desenvolvido o Estágio, como: encorajar os pais a participar nos cuidados diários aos seus filhos como: cuidados orais, mudança da fralda, alimentação por sonda e contacto pele a pele. Os pais recebem informações pelos profissionais de saúde e é-lhes fornecido folhetos informativos. Os pais são encorajados a permanecer na unidade neonatal o máximo de tempo possível, havendo obrigação de lhes oferecer comida, alojamento familiar e estacionamento. Devem ser providenciadas cadeiras confortáveis para os pais, para que possam ter longas sessões de contacto pele a pele e amamentação. Inclui, também suporte psicológico adequado para ajudar os pais a ultrapassar o stress e a ansiedade dos cuidados aos seus bebés vulneráveis (Benerjee, 2018).

Os cuidados que foram sendo referidos ao longo do texto têm como finalidade a promoção da saúde e maximização do bem-estar do recém-nascido/família. Para a promoção da saúde, os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar a criança a alcançar o máximo potencial de saúde. Sendo importante neste âmbito: a identificação da situação de saúde da criança/jovem /família bem como os seus recursos e os recursos da comunidade; criação e aproveitamento de oportunidade para promover estilos de vida saudáveis; promoção do potencial de saúde do cliente, otimizando a adaptação aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento e fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e novas capacidades (OE, 2011c).

Para a maximização do bem-estar do recém-nascido/família, devem ser implementadas medidas como: identificação dos problemas da criança/família, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento estando preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e complementar atividades de vida relativamente às quais a criança é dependente (OE, 2011c).

## **2.2. A Preparação para a Alta e os Cuidados de Enfermagem**

O EEESIP é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família. No desempenho desta responsabilidade, estão presentes: a educação para a saúde, o estabelecimento da relação terapêutica, suporte e aconselhamento, coordenação e colaboração e a tomada de decisão ética (Hockenberry & Barrera, 2014).

Face à separação inicial pais-bebê prematuro, que tende a dificultar a relação precoce, o enfermeiro pode servir de elo, especialmente no período sensível de adaptação parental. Esclarecem e incentivam os pais a prestarem cuidados ao seu alcance. Reforçando assim a importância do enfermeiro na formação, ensino e apoio aos pais, permitindo-lhe reorganizar as suas próprias tarefas de forma a facilitar as tarefas que serão possíveis de virem a ser feitas pelos pais (SPN, 2016).

Não há uma definição uniforme de preparação para a alta estando, usualmente, relacionada com a condição clínica do bebê e com a confiança e competência dos cuidadores para cuidarem do recém-nascido após a alta. A preparação para a alta em neonatologia pode ser definida, como uma forte capacidade para concretizar competências técnicas e conhecimento, conforto emocional e confiança dos cuidadores principais nos cuidados ao recém-nascido no momento da alta. A preparação para a alta em neonatologia é, assim, o processo que facilita uma preparação eficaz para a alta (Smith et al, 2013).

A transição para domicílio, não é menos importante que os cuidados hospitalares, dado que o cuidar e o processo de parentalidade de um prematuro podem ser desafiantes e exigentes, especialmente nas primeiras semanas ou meses após a alta (Boykova, 2016).

A comunicação apropriada entre as mães das crianças internadas na UCIN e as enfermeiras, no processo de alta pode ter impacto significativo na melhoria dos cuidados ao

recém-nascido/família após a alta, levando a uma redução da probabilidade de re-hospitalização (Farahani et al., 2017).

O ensino para a alta deve começar o mais precocemente após a admissão e continuar até que as famílias estejam preparadas para levar as suas crianças para casa (Smith et al., 2013).

A OE apresenta recomendações transversais para os cuidados antecipatórios da alta, tendo como objetivos fundamentais: garantir a qualidade e continuidade de cuidados à criança após a alta, preparar a criança e família para a transição de cuidados e adaptação aos novos processos de vida, assegurar a continuidade de cuidados prestados pela família (OE, 2011a).

A necessidade de planeamento da alta hospitalar é fundamental para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reorganização e adaptação da criança e família face à nova situação. Um planeamento adequado da alta é o culminar de um programa de melhor prática clínica e a garantia de que as dificuldades inerentes ao regresso a casa da criança e família serão minimizadas, sendo maximizadas a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar da criança (OE, 2011).

No âmbito das competências, nos domínios da prática profissional, ético-legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro assume a oportunidade e o dever de facilitar o regresso a casa e contribuir para a satisfação do cliente, para o seu bem-estar, auto-cuidado e qualidade de vida. Desempenhando um papel privilegiado ao promover a adaptação aos desafios de saúde após a alta hospitalar (OE, 2011).

“O processo de preparação do regresso a casa envolve a criança e família, devendo ser construído e consolidado com os contributos de guias de orientação de boas práticas, integrando uma abordagem multidisciplinar.” (OE, 2011, p.5).

Como forma de suporte e de uniformização de linguagem/conceitos e procedimentos, a criação de documentos orientadores está preconizada como uma das estratégias a adotar. A preparação para a alta deve responder às necessidades identificadas e podem ser adotadas *guidelines* e/ou orientações para situações específicas (OE, 2011).

A OE (2011), recomenda, a nível organizacional: adotar guias de boas práticas e elaborar normas de orientação clínica para a preparação do regresso a casa; implementar sistemas de

documentação que suportem uma abordagem padronizada; incluir os enfermeiros na elaboração e revisão das políticas, guias e normas de orientação clínica na preparação para a alta; proporcionar a todos os enfermeiros o acesso a programas de formação em serviço sobre o planeamento da alta e a preparação do regresso a casa; promover a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem na preparação do regresso a casa.

Assim, torna-se importante que a prática de Enfermagem se fundamente em conhecimento científico, sem por isso colocarmos de parte a intuição, num entendimento que resulta da situação encontrada e da reflexão sobre a prática (Gameiro, 2003).

No âmbito das respetivas competências, nos domínios da prática profissional, ético-legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro assume a oportunidade e o dever de facilitar o regresso a casa e contribuir para a satisfação do cliente, para o seu bem-estar, autonomia, autocuidado e qualidade de vida (OE, 2011).

A implementação de programas de *empowerment* dos pais de crianças prematuras, conferem a alta adequada do bebé e dos pais, porque promovem os cuidados ao bebé, treino das mães durante a hospitalização e prestam apoio após a alta, sendo estas as intervenções de enfermagem mais importantes para prevenir complicações pós alta e reduzir o tempo de internamento (Moradi et al., 2018).

“O planeamento de programas de ensino, instrução e treino, deverá ser o alvo da atuação do enfermeiro, assistindo, incentivando e supervisionando o exercício da parentalidade, assegurando os aspetos éticos, as expectativas dos pais e os aspetos culturalmente sensíveis.” (OE, 2015, p.21).

Tendo em conta a identificação do conhecimento que os pais demonstram é necessário validar a informação com os pais. Os pais, por vezes, são confrontados com informações contraditórias, levando à procura de outras opiniões que lhes permitam satisfazer a necessidade de segurança e confiança (OE, 2015).

O ensino para a alta deve conter competências técnicas para o cuidado ao bebé, incluindo cuidados básicos, lidar com situações de cuidados especiais e ressuscitação cardiopulmonar; preparação do ambiente no domicílio apresentando suprimentos e equipamentos que serão necessários, onde adquirir materiais para cuidados especiais e recursos

na comunidade; uso da cadeira de transporte no carro, a sua instalação e evolução; comportamento/desenvolvimento pré-termo através dos comportamentos esperados, diferenças no desenvolvimento de um recém-nascido de termo e pré-termo e alterações do comportamento; guia antecipatório com o que esperar em casa, saúde mental dos pais e como lidar e acalmar o choro do bebê (Smith et al., 2013).

De acordo com a SPN (2016), é importante avaliar antes da alta os conhecimentos adquiridos pelos Pais/cuidadores nos cuidados ao recém-nascido, como: alimentação, higiene, detecção de sinais e sintomas de doença, medidas preventivas de Síndrome de Morte Súbita do Lactente, transporte seguro do recém-nascido, etc.

A preparação dos pais para participarem nos cuidados implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com os enfermeiros. Com a negociação pretende-se que os pais se sintam parte da equipa, sentindo-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança. São apontadas como dificuldades de negociação dos cuidados, a falta de conhecimentos dos enfermeiros, dificuldades na comunicação e conflitos na adoção de modelos de cuidados centrados na família (OE, 2015).

É da competência do EEESIP: a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde; o fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; a implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais; o planeamento da alta de acordo com as necessidades da criança/jovem; a existência de Guias Orientadores de Boas Práticas (OE, 2011d).

As barreiras na preparação para a alta incluem o tempo limitado disponível da equipa para ensinar, variabilidade dos níveis de conhecimento e das competências de ensino por parte da equipa. Para mitigar esta variabilidade, o material de ensino deve ser padronizado (Smith et al., 2013).

Como o mesmo membro da equipa que presta cuidados é também responsável pelo ensino, a necessidade de atos médicos podem prejudicar a educação, consequentemente, um aumento da proporção de neonatos para enfermeiros, a documentação clínica e requisitos administrativos diminuem o tempo para ensinamentos. A atribuição de pessoal tem de permitir uma

relação paciente-enfermeira adequada e equilíbrio de relevância do paciente para dar tempo para o ensino (Smith et al., 2013).

Torna-se claro que a equipa de enfermagem, assim como a equipa multidisciplinar, são cruciais para os pais assumirem o cuidado aos seus filhos de forma natural (Dornasbach et al., 2014).



### **3. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Desta forma, o trabalho de projeto é uma metodologia, isto é: um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Ferrito et al., 2010).

A metodologia de projeto é assim constituída pelas seguintes fases: elaboração do Diagnóstico da situação; Planificação das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades planeadas; Avaliação e Divulgação dos resultados obtidos (Ferrito et al., 2010).

O Projeto de Intervenção em questão foi implementado na Unidade de Neonatologia onde foi realizado estágio, tendo como problemática: A Alta em Neonatologia: Contributos de Enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido/família.

Todas as etapas da metodologia de projeto serão descritas ao longo dos próximos subcapítulos.

#### **3.1. Diagnóstico da Situação**

“O diagnóstico da situação, enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Assim, deverá assumir um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo” (Ferrito et al., 2010, p.11).

O diagnóstico da situação é dinâmico, sendo a caracterização da situação contínua, permanente e com atualizações constantes. Trata-se, pois, de um processo contínuo, no qual não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes (Ferrito et al., 2010).

O diagnóstico da situação começou a ser delineado no 1º ano/2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria, na disciplina “Projetos de Intervenção em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”. Nesta disciplina foi pedido que delineássemos o tema e desenvolvêssemos o projeto a trabalhar ao longo dos Estágios.

Selecionada a linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, escolhemos o tema do projeto: “A Alta em Neonatologia”. Na altura da escolha, foi tido em conta um objetivo pessoal da mestranda, como a necessidade de aprofundamento teórico da temática a trabalhar. Dada a inexperiência na Área da Saúde Infantil e Pediatria, a pesquisa científica de várias temáticas relacionadas com o cuidar do recém-nascido/família, seria benéfico para o desenvolvimento de competências.

Na apresentação deste primeiro projeto, o público-alvo seriam os pais dos RN internados numa UCN, através de um Guia Orientador sobre cuidados ao RN que incluiria várias temáticas. Após contacto com a UCN, onde o Estágio Final foi realizado, houve necessidade de reformulação. Assim, surgiu a sugestão, pela chefia de enfermagem do serviço, de reformulação de um guia existente, para a equipa de enfermagem, datado de 2004, de forma a atualizar conhecimentos teórico-práticos e uniformizar a informação/conceitos/linguagem a transmitir aos pais pela equipa de enfermagem.

Esta necessidade surge num período de maior rotatividade na equipa de enfermagem, com a saída de enfermeiras peritas em EEESIP e a admissão de enfermeiras sem experiência na área da pediatria/neonatologia, pretendendo-se capacitar a equipa, com conhecimento técnico-científico devidamente atualizado.

Ao momento da realização do diagnóstico da situação, a Equipa de Enfermagem era constituída por 37 enfermeiras, das quais, 8 EESIP, uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, uma Enfermeira Especialista em Reabilitação e uma Enfermeira

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No período decorrente entre o diagnóstico da situação à implementação do mesmo, saíram 9 enfermeiras. À data de implementação do Projeto de Intervenção, a equipa é constituída por 37 enfermeiros, das quais 4 EESIP e uma Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, encontrando-se em integração 5 enfermeiras sem qualquer experiência em Saúde Infantil/ Neonatologia.

Definida a temática, em concordância com a Chefia de enfermagem e Enfermeira Orientadora, delineámos a construção de um Guia Orientador sobre a Alta do Recém-Nascido, contendo temáticas exploradas com base na pesquisa, o qual terá como finalidade preparar os pais para alta do recém-nascido (APENDICE I).

Desta forma tornamos a informação transmitida coerente e uniformizada, em especial ao nível da linguagem/conceitos e terminologia científica utilizada. Reduzindo o risco de disparidade no conteúdo da informação, que possa confundir os pais na prestação de cuidados aos recém-nascidos após a alta.

Embora não tivesse sido enumerado no projeto de estágio, concordámos em fornecer ao serviço a pesquisa realizada, em forma de Dossier Temático, sendo este documento mais extenso e com um maior nível de aprofundamento científico, que o Guia Orientador (APENDICE II).

Da observação realizada, a preparação para alta na referida Unidade, decorre de forma informalizada, em que ao longo do internamento, as enfermeiras que prestam cuidados vão realizando ensinamentos aos pais, sem programa definido. No início do internamento e na véspera da alta é preenchida uma *checklist* pelos pais/cuidadores sobre o nível de conhecimento, que adquiriram, sobre as várias temáticas (ANEXO I).

Para inserir a equipa de enfermagem no desenvolvimento do projeto, perceber as necessidades da mesma e validar a pertinência do projeto de intervenção, elaborámos um questionário de necessidades e aplicámos à equipa e respetivo consentimento informado (APENDICE III e ANEXO II). Este questionário tem como objetivo perceber, junto da população alvo, a pertinência e concordância da temática, temas a incluir no Guia Orientador e sugestões de temas que gostariam de ver trabalhados.

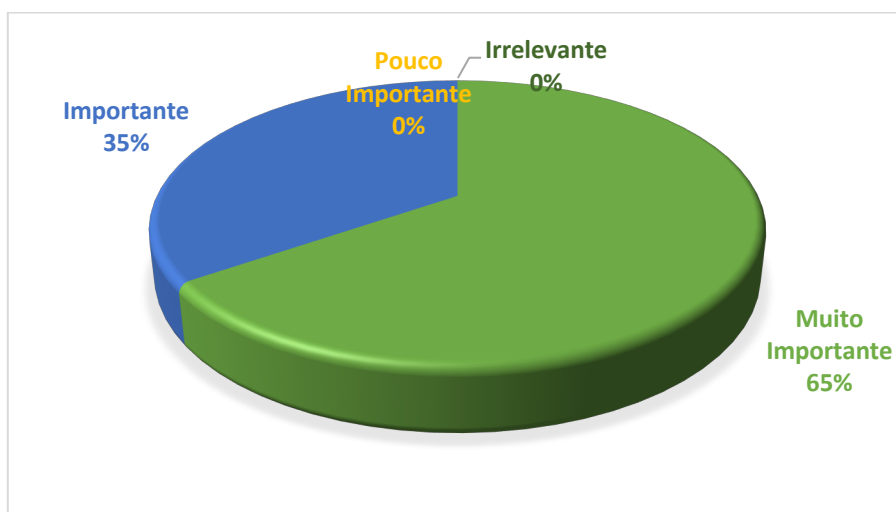
As questões relativas à pertinência do Guia Orientador, delineadas foram: considera a linguagem e conteúdo, na informação transmitida aos pais/cuidadores, durante a preparação para a alta, uniforme em toda a equipa de enfermagem? Um guia orientador seria importante para tornar a informação transmitida coerente e uniforme?. Sendo que a resposta a estas questões mostram que a equipa considera que a informação transmitida não é totalmente coerente e que um Guia seria importante para colmatar esta falta de coerência.

Obtivemos resposta a 26 questionários numa população de 37 enfermeiros. Foram trabalhados os dados com o programa Microsoft Office Excel 2016®, encontrando-se os resultados apresentados nos gráficos seguintes.

**Gráfico nº 1** - Uniformidade da linguagem e conteúdo, na informação transmitida aos pais/cuidadores, durante a preparação para a alta, em toda a equipa de enfermagem

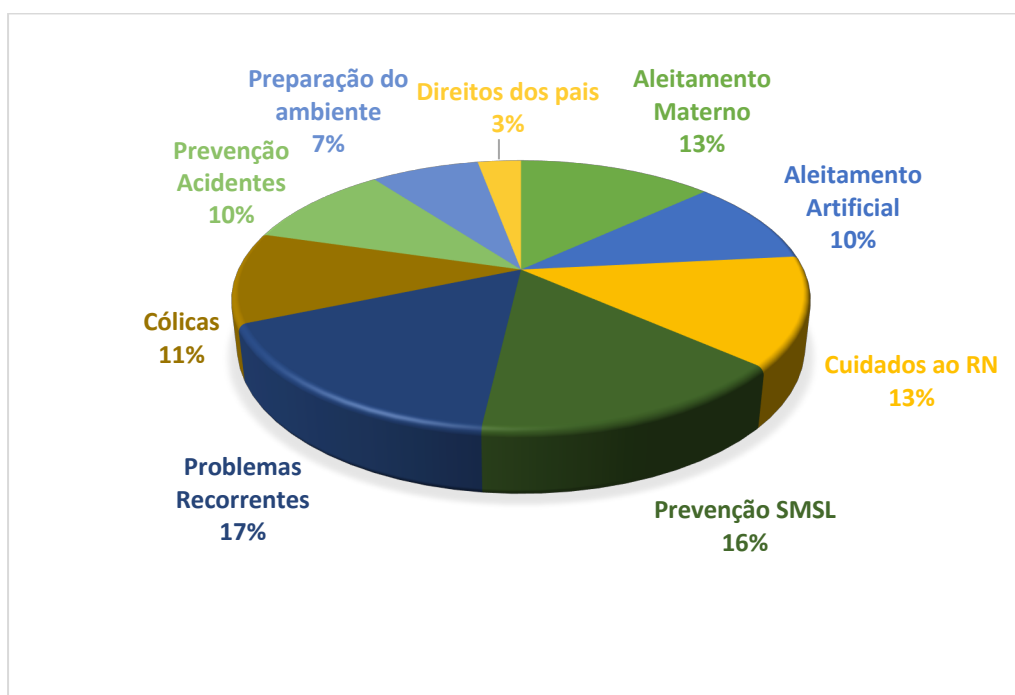


**Gráfico nº2** - importância de um Guia Orientador para tornar a informação transmitida coerente e uniforme



Foram definidas cinco temáticas a ser trabalhadas, através da questão: “Escolha das cinco Temáticas a serem incluídas no Guia Orientador”, para que a mestranda conseguisse aprofundar, o suficiente, de forma a dar qualidade ao trabalho apresentado. Foram sugeridas para escolha nove temáticas: aleitamento materno, aleitamento artificial, cuidados (higiene e conforto) ao recém-nascido, prevenção do Síndrome de Morte Súbita no Lactente (SMSL), prevenção e tratamento de cólicas, problemas de saúde recorrentes no RN, prevenção de acidentes, preparação do ambiente no domicílio e direitos dos pais. As temáticas selecionadas pela equipa foram: aleitamento materno, cuidados ao RN, prevenção SMSL, prevenção e tratamento de cólicas e problemas de saúde recorrentes no RN, como se pode ver no gráfico nº3. As temáticas foram definidas através de várias fontes: do guia existente no serviço, das necessidades verbalizadas pela chefia e enfermeira orientadora e pelo que a bibliografia descreve.

**Gráfico nº3** - Escolha das cinco temáticas incluídas no Guia Orientador



A última questão é de resposta aberta e refere-se a temáticas não incluídas na lista, que a equipa poderia definir como importante trabalhar. As respostas foram: “como brincar/interagir/formas de intervenção no desenvolvimento da criança”, “Eliminação”, “Cuidados às mamas”, “Sinais de alerta/problemas para recorrer a serviços de saúde”, “oxigenoterapia no domicílio e Suporte Básico de Vida”, “O Sono” e “Respeito pelo padrão de

sono/atividades estimulantes do desenvolvimento dos bebés”. Não havendo sugestão de temas comuns em numero significativo para que fossem trabalhadas no Guia Orientador.

### **3.2. Definição de Objetivos**

Após a realização do diagnóstico da situação, cabe ao responsável do projeto, definir objetivos que se centrem na resolução do problema, apontando quais os resultados a alcançar. Estes deverão ser claros, precisos, exequíveis, mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, em número reduzido e podem ter diferentes níveis, nomeadamente, gerais e específicos (Ferrito et al., 2010).

Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação “*a realizar*”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação (Ferrito et al., 2010).

Assim, o objetivo geral que definimos para o projeto de intervenção: Dotar a equipa de enfermagem, de um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos, na capacitação os pais/cuidadores para alta do recém-nascido.

Definimos como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos teórico-práticos, capacidades e habilidades relacionados com a prestação de cuidados ao recém-nascido/família; envolver a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais no projeto; elaborar um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos; implementar e avaliar o projeto com a Equipa de Enfermagem.

### **3.3. Planeamento**

O planeamento é a terceira fase do ciclo do projeto, em que é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia de software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (Ferrito et al., 2010).

Ao longo da implementação do projeto de intervenção, sentimos necessidade de realizar alterações, a nível estrutural e temporal, do projeto inicialmente concebido, com o intuito de permitir incremento de qualidade ao trabalho desenvolvido. Todas essas alterações vão sendo referenciadas no decorrer do capítulo.

### 3.3.1. Atividades, estratégias e meios

Por atividade entende-se o elemento de trabalho realizado no decurso do projeto. Uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos. As atividades podem ser subdivididas em tarefas (Ferrito et al., 2010).

As estratégias referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento, ou seja, estas estão relacionadas com o conceito de eficiência, nomeadamente a capacidade de aplicar corretamente a tarefa. As estratégias têm como objetivo principal utilizar de forma eficaz os recursos, envolve por isso decisões ligadas ao projeto de um processo e à infraestrutura necessária para apoiá-lo. As estratégias centram-se, essencialmente na utilização dos recursos disponíveis, no método selecionado para a execução do projeto e na articulação entre os diversos membros que integram o projeto (Ferrito et al., 2010).

Segundo Fortin (1999) citado in Ruivo et al. (2010) os recursos disponíveis podem ser referentes à pesquisa (base de dados eletrónicas, artigos ou livros) ou às capacidades individuais de cada membro da equipa (a nível informático, da pesquisa, sintetização de informação, análise de situação e planificação), bem como os meios de suporte disponíveis.

Os Objetivos com as respetivas atividades e meios para os atingir, descrevem-se na Tabela nº1.

**Tabela nº 1 - Objetivos, Atividades e Meios.**

<b>Objetivo Geral:</b> Dotar a equipa de enfermagem, de um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos, na capacitação dos pais/cuidadores para alta do recém-nascido		
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Meios</b>
Desenvolver conhecimentos teórico-	- Realização de turnos na Unidade de Neonatologia;	- Computador;

práticos, capacidades e habilidades relacionados com a prestação de cuidados ao recém-nascido/família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento de dúvidas junto à Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora.</li> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira Orientadora</li> <li>- Professora Orientadora</li> </ul>
Envolver a equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia no projeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de reunião com a Chefia de Enfermagem;</li> <li>- Aplicação de questionários de diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem do Serviço de Neonatologia;</li> <li>- Avaliação dos resultados obtidos com a realização do questionário;</li> <li>- Seleção das temáticas a abordar no documento orientador de preparação para a alta do recém-nascido/família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Projetor</li> <li>- Questionários</li> <li>- Professora Orientadora</li> <li>- Chefia de Enfermagem</li> <li>- Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia</li> </ul>
Elaborar um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa em bases de dados científicas e normas Orientadoras de Cuidados vigentes em Portugal; para cada temática abordada no Guia Orientador;</li> <li>- Elaboração do documento;</li> <li>- Realização de alterações sugeridas pela Professora Orientadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador;</li> <li>- Professora Orientadora</li> </ul>
Implementar e avaliar o projeto com a Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeamento da sessão de formação para apresentação do Guia Orientado à equipa de enfermagem;</li> <li>- Apresentação de sessão de formação para apresentação do guia à Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Implementação do Guia Orientador;</li> <li>- Aplicação de questionário de avaliação do documento, à Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Avaliação dos resultados obtidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Projetor</li> <li>- Questionários</li> <li>- Professora Orientadora</li> <li>- Chefia de Enfermagem</li> <li>- Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia</li> </ul>

### 3.3.2. Cronograma

Todo o planeamento tem que decorrer ao longo do tempo e para isso deve existir uma representação gráfica ou esquemática desse mesmo período, um cronograma de atividades (Ferrito et al., 2010).

O cronograma é a disposição gráfica do tempo que será despendido na realização do projeto, de acordo com as atividades a serem desenvolvidas, serve para auxiliar na gestão e



controlo do projeto, possibilitando de forma rápida a visualização das suas fases (Ferrito et al., 2010).

O desenvolvimento do cronograma do projeto pode ser um processo interativo, que pode estar sujeito a alterações, de acordo com os constrangimentos que possam surgir no decorrer do mesmo. Assim sendo, o desenvolvimento do cronograma pode apresentar-se como uma constante ao longo do projeto (Ferrito et al., 2010).

O planeamento/cronograma do projeto foi construído em novembro de 2017, aquando do início da realização do projeto, tendo por vários fatores, necessidade de ser alterado. Relativamente ao cronograma houve necessidade de adiamento da fase de implementação e avaliação.

O cronograma final, apresenta-se em APENDICE (IV), com as retificações efetuadas.

### **3.4. Execução e Avaliação**

A fase de execução da metodologia de projeto, põe em prática tudo o que foi planeado. Nesta fase é necessário a apresentação de dados, informações e documentos que validem o trabalho desenvolvido, dando resposta ao anteriormente planeado. Se ocorrerem alterações ao planeado, deverão ser realizadas medidas de recuperação, para que os objetivos do projeto não sejam comprometidos. A avaliação de um projeto ocorre em vários momentos, devendo ser intermédia, ou seja, realizada em simultâneo com a execução e a avaliação final, em que se verifica a consecução dos objetivos. Se os objetivos não forem atingidos, é necessário compreender os motivos que influenciaram a ausência da consecução dos mesmos (Ferrito et al., 2010).

Tendo como pressuposto o anteriormente referido, ao longo deste capítulo vamos refletir sobre a execução e a avaliação dos objetivos propostos. Iremos, também, apresentar a avaliação da implementação do projeto junto da Equipa de Enfermagem do Serviço de Neonatologia em questão.

**1º Objetivo Específico** - Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a prestação de cuidados ao recém-nascido/família.

Para executar este objetivo foram planeadas as atividades: realização de turnos na Unidade de Cuidados Neonatais; esclarecimento de dúvidas junto à Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora; realização de pesquisa bibliográfica.

Consideramos que este objetivo foi atingido, pois todas as atividades foram desenvolvidas. Foram realizados os turnos estipulados, na Unidade de Neonatologia, sendo a prestação de cuidados um momento ótimo de desenvolvimento de capacidades e habilidades, bem como de observação.

A pesquisa bibliográfica foi realizada, sempre que houve sentida necessidade de esclarecimento por parte da mestranda, aquando da realização de turnos, em contexto de prestação de cuidados ao recém-nascido e família internados no Serviço de Neonatologia e para desenvolvimento do projeto.

Em contexto de pesquisa bibliográfica, foi incluído no percurso, a participação no III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa. Este Encontro foi composto por 3 Mesas, com as seguintes temáticas: A Vulnerabilidade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais- Que respostas!; Cuidar na vulnerabilidade: experiência do Centro Materno Infantil Norte/Centro Hospitalar Universitário do Porto; A vulnerabilidade na Comunidade.

Dentro das Mesas apresentadas, salienta-se como temáticas relevantes para o projeto de intervenção em questão: “Os pais na UCIN” e “Contornar a vulnerabilidade dentro e fora de portas”. O respetivo certificado de participação encontra-se em ANEXO III.

Tanto a Enfermeira Orientadora como a Professora Orientadora, foram uma forma de suporte e de esclarecimento de dúvidas ao longo da realização e implementação do projeto, norteando as fases de desenvolvimento e atividades do mesmo.

**2º Objetivo:** Envolver a Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia no projeto.

Como atividades, planeámos: realização de reunião com a Chefia de Enfermagem; aplicação de questionários de diagnóstico de situação à Equipa de Enfermagem do Serviço de

Neonatologia; avaliação dos resultados obtidos com a realização do questionário; seleção das temáticas a abordar no Guia Orientador de preparação para a alta do recém-nascido/família.

Este objetivo também foi considerado como atingido, dado que conseguimos desenvolver todas as atividades a que nos propusemos. Este objetivo está diretamente ligado ao diagnóstico da situação. Assim como início desta fase do projeto foi realizada uma reunião com a Chefia de Enfermagem e a Enfermeira Orientadora, a fim de perceber as necessidades do serviço e definir o documento a desenvolver.

Foi, posteriormente, realizada uma reunião com a Equipa de Enfermagem, onde foi apresentado o projeto e entregue questionário de diagnóstico da situação, pertinência do projeto e temas a incluir no projeto.

Após esta fase, foram trabalhados e avaliados os questionários.

**3º Objetivo:** Elaborar um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos.

Para alcançar este objetivo, foram definidas as atividades a desenvolver: realização de pesquisa em bases de dados científicas e normas Orientadoras de Cuidados vigentes em Portugal; para cada temática abordada no Guia orientador; elaboração do documento; realização de alterações sugeridas pela Professora Orientadora.

Este objetivo foi conseguido, porém necessitou de um período de tempo mais alargado que o previsto inicialmente e de alteração do nome do documento de Guia de Boas Práticas para Guia Orientador. Por se tratar de um documento longo e na procura de informação a mais científica e atualizada possível, levou a que a pesquisa se prolongasse e dessa forma o início da redação do texto foi, consequentemente, mais tardia.

Relativamente ao documento, que inicialmente tinha sido previsto como um Guia de Boas Práticas, após a elaboração do projeto, concluímos que não seria possível, pela complexidade que o mesmo apresenta. Deparámo-nos com a dificuldade de pedido de autorização à instituição onde seria implementado, que só após a definição do mesmo nos foi comunicado que a aprovação poderia demorar mais tempo do que o tínhamos para desenvolver o projeto.

Após a elaboração do documento, foi enviado para a Professora Orientadora, que sugeriu várias alterações que foram aceites e executadas.

**4º Objetivo:** Apresentar e avaliar o projeto com a Equipa de Enfermagem.

Atividades a desenvolver propostas: planeamento da sessão de formação para apresentação do Guia Orientador à equipa de enfermagem; apresentação de sessão de formação para apresentação do Guia, à Equipa de Enfermagem; implementação do Guia Orientador; aplicação de questionário de avaliação do documento, à Equipa de Enfermagem; avaliação dos resultados obtidos.

Para apresentação e implementação do Guia Orientador, foi marcada uma reunião com a Chefia e Equipa de Enfermagem. Nesta reunião foi realizada uma apresentação em PowerPoint 2016® (APENDICE V). Apresentámos o diagnóstico da situação, com exibição dos resultados dos questionários aplicados nesta fase. Apresentou-se também a estrutura do Guia, tipo de informação contida e os locais onde ficaria o documento para consulta (impresso na sala de trabalho de enfermagem e na pasta comum dos computadores do serviço).

Após esta apresentação e aprovação pela Chefia considera-se a implementação do Guia Orientador, e consequentemente do projeto. Assim, com o documento implementado, procedeu-se à avaliação. A avaliação foi feita através de um questionário, aplicado à Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia, após a apresentação e implementação do Guia Orientador.

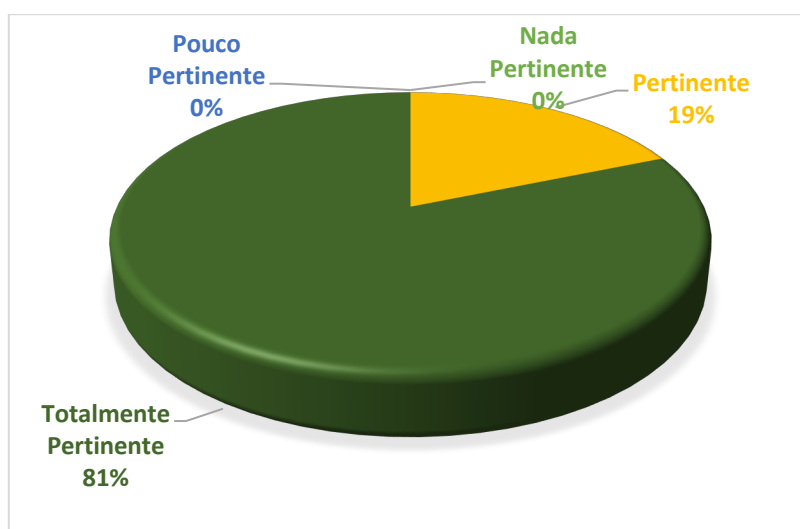
É frequente o uso de escalas de avaliação, onde ao invés da pessoa apenas assinalar “sim” ou “não”, com acordo ou desacordo, uma escala gradual de pontos ou de intervalos de acordo com a posição da pessoa em relação à situação, como por exemplo, numa escala ordinal de 5 pontos – Escala de *Likert* do acordo até totalmente desacordo (Ferrito et al., 2010).

O questionário é composto por quatro perguntas: considera pertinente a informação contida no documento? Considera que o documento elaborado vai ajudar a colmatar lacunas teórico-práticas, que possam existir, na transmissão de informação aos pais/cuidadores dos recém-nascidos internado na unidade?; O documento vai ajudar na uniformização da informação transmitida aos pais/cuidadores dos recém-nascidos internados na unidade?; O documento encontra-se de consulta acessível e esclarecedora? (APENDICE VI).

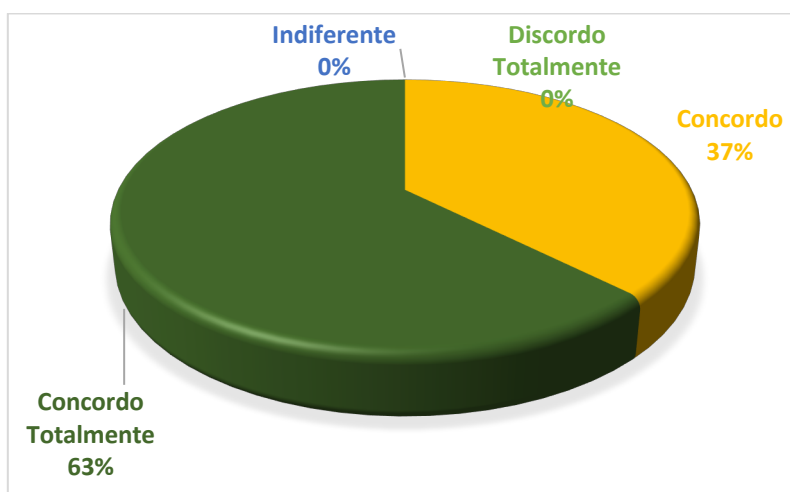
Foi deixado o Guia Orientador, junto com a avaliação do mesmo, durante 5 dias no serviço. Após este tempo recolhemos os questionários preenchidos, a fim de trabalharmos os dados constantes.

A amostra conseguida foi de dezasseis enfermeiros que responderam ao questionário. Os dados foram trabalhados no programa Excel 2016®, cujos resultados se apresentam nos gráficos seguintes.

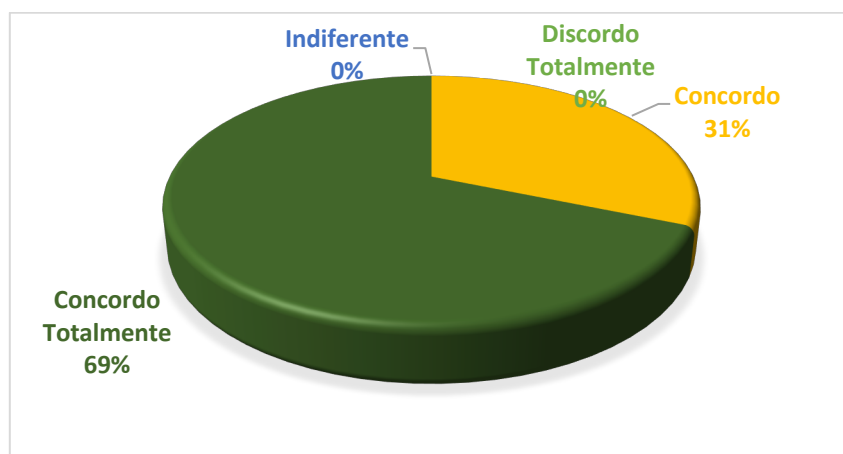
**Gráfico 4** - Pertinência da informação contida no documento



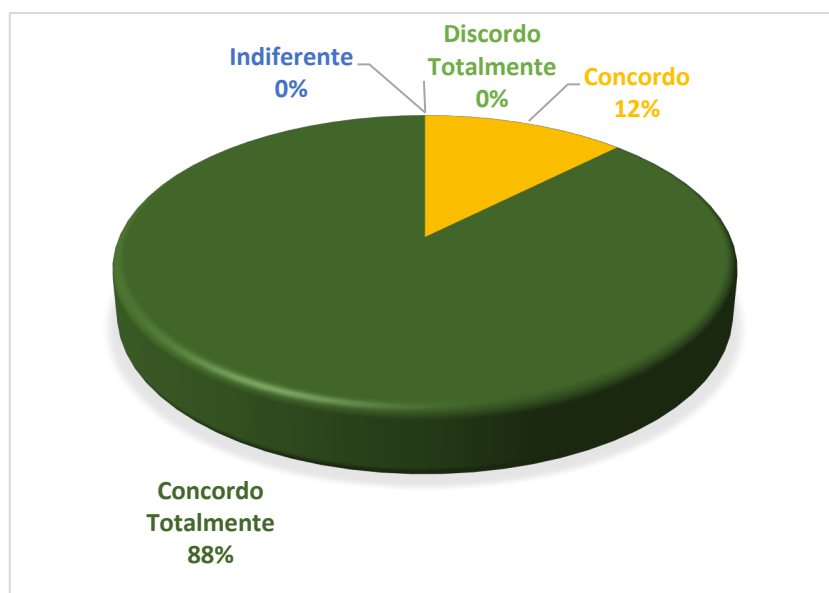
**Gráfico 5** – Relevância do documento elaborado na colmatação de lacunas teórico-práticas na transmissão de informação



**Gráfico 6 - Uniformização da informação após a implementação do Guia Orientador**



**Gráfico 7 - Acessibilidade do Guia Orientador**



Posto o que se apresenta nos gráficos acima, que demonstram o resultado dos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço sobre o Guia Orientador implementado, podemos concluir que a apreciação global é positiva. A Equipa de Enfermagem considera totalmente pertinente a informação contida no Guia (81%), concorda totalmente que o Guia vai ajudar a colmatar lacunas teórico-práticas e na uniformização da informação transmitidas aos pais do RN (63% e 69%) e Concorda Totalmente com a acessibilidade ao documento (88%).

### 3.5. Considerações de Ordem Ética

“Entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo” (Nunes, 2013, p.28).

Neste sentido, foi realizado o circuito necessário para aprovação do projeto de intervenção junto da Concelho Técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora e da Comissão Ética da Universidade de Évora. Para isso, foi submetido para autorização, a proposta de projeto de estágio – Modelo T005, que inclui resumo, plano e cronograma do projeto de estágio, a declaração de aceitação do professor orientador e o requerimento à comissão de ética da Universidade de Évora, para apreciação do projeto. Após avaliação das respetivas Comissões, foi emitido parecer positivo para o desenvolvimento do projeto de estágio (ANEXO IV).

No local de estágio, foi solicitado parecer hierárquico, à Enfermeira Responsável pela Unidade de Neonatologia (ANEXO V).

Os seis princípios éticos que devem guiar a investigação são: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Estes princípios encontram-se diretamente relacionados com o respeito pelos participantes do estudo a: não receber dano, direito de conhecimento pleno, direito de autodeterminação, direito à intimidade e direito ao anonimato e confidencialidade (Nunes, 2013).

Tendo a Enfermagem enquanto profissão autorregulada, definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro, como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde se inclui a investigação (Nunes, 2013).

“Só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa. A informação deve ser suficiente, fornecida em moldes compreensíveis e incluir as modalidades de retirada do consentimento” (UNESCO, 2006, p.58).

A participação dos membros da Equipa de Enfermagem no projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido e o consentimento deve ser obtido por escrito após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências para o participante (Nunes, 2013).

Assim, tendo em conta princípios éticos e deontológicos, a identidade dos participantes foi preservada, através de questionários anónimos. Na altura da entrega dos questionários, foi explicado o contexto, as fases do projeto, as potenciais consequências e entregue o consentimento informado (ANEXO II).



## 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste capítulo iremos refletir sobre o percurso desenvolvido, desde o início do Mestrado em Associação, área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica, até à realização deste relatório, englobando toda a componente teórica do curso, o desenvolvimento e aplicação do projeto de intervenção e os estágios realizados. Todo o percurso culmina na aquisição das competências de mestre, competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de EESIP, enumeradas e descritas pela Ordem dos Enfermeiros.

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. O conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (OE, 2010a, p.2).

### 4.1. Competências Comuns

Competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (OE, 2010a).

As competências comuns englobam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

As competências definidas para o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (OE, 2010a). Este ponto tem pautado toda a experiência profissional como enfermeira, dado que ao longo da carreira nos temos regido pelo REPE e Código Deontológico inerente à profissão.

No decorrer do Curso de Mestrado, foi demonstrado pela humildade da inexperiência da área, procurando, com as Enfermeiras Orientadoras, consultoria na tomada de decisão e

avaliação da mesma como forma de aprendizagem e de aquisição de novas competências que continuarão a ser desenvolvidas no decurso da prática clínica.

Ao longo dos Estágios foi tida, sempre, em consideração a importância da parceria de cuidados, com o cliente e com a equipa multidisciplinar.

As competências estipuladas para o domínio da melhoria contínua da qualidade são: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010a).

Relativamente a este ponto, foi possível o desenvolvimento do domínio, no Estágio I. Em conjunto com a Enfermeira Orientadora, elaborámos um Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ).

A necessidade surgiu da equipa de enfermagem, que referiu algumas lacunas em relação aos parâmetros a avaliar, sinais de alerta e cuidados antecipatórios adequados a cada faixa etária. Decidiu-se assim, a realização de um Guia Orientador, de consulta rápida, sendo as consultas estabelecidas de acordo com a periodicidade sugerida pelo PNSIJ, que se encontra em APENDICE (VII). Com a elaboração deste documento procedemos, também, à promoção de um ambiente terapêutico seguro, respondendo às necessidades sentidas pela Equipa de Enfermagem.

A faixa etária elaborada, corresponde do nascimento aos 18 meses, tendo sido as restantes idades desenvolvidas por colegas de outras escolas a realizar estágio também na USF. O guia permitiu a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas CESIJ. A elaboração do documento contribuiu, também, para a consolidação de conhecimentos, que facilitou o desenvolvimento da autonomia na prestação de cuidados nas CESIJ.

As competências do domínio da gestão dos cuidados são: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (OE, 2010a).

Com alguma prática como enfermeira, já nos permite o pensamento crítico, mesmo não sendo a nossa área de intervenção diária. Pelo que conseguimos, após o conhecimento do funcionamento e normas dos vários serviços em que realizámos estágios, ter autonomia para a gestão de cuidados. Os enfermeiros dos serviços e equipa multidisciplinar reconheciam-nos como capazes e por várias vezes nos foi pedida opinião, assente na experiência profissional previamente adquiridas, às quais demos resposta. Por outro lado, a experiência profissional noutra área, torna-se uma mais-valia por nos permitir avaliar as situações por um prisma diferente e adequar a resposta, para a tomada de decisão ou como sugestão de melhoria na prática de cuidados. Esta mesma experiência permite-nos delegar, supervisionar e avaliar as tarefas delegadas.

Relativamente à liderança e gestão de recursos, conhecemos a legislação no qual estamos inseridos, temos capacidade para adequar os recursos necessários à prática de cuidados, evitando riscos e promovendo a qualidade através do uso eficiente dos mesmos.

Tendo em conta que os estágios em que nos encontramos no máximo durante dois meses, torna-se difícil conduzirmos um estilo de liderança. Conseguimos ao longo dos estágios perceber os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, colaborar com as equipas para promoção de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.

As competências do domínio das aprendizagens profissionais são: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (OE, 2010a)

O autoconhecimento foi algo que trabalhámos ao longo do percurso, ainda mais evidente, devido à in experiência na área da saúde infantil e pediatria, que obrigou a toda uma nova descoberta sobre nós e sobre a reação a determinadas situações. O confronto com novas dimensões de cuidados, fez com que a reflexão se fizesse pautar ao longo da realização dos estágios, sendo que a prestação de cuidados no Serviço de Neonatologia, tenha sido o que tivesse ressaltado mais este ponto.

Quando iniciámos o estágio no Serviço de Neonatologia, o impacto com a realidade observada foi enorme, dado o novo contexto, bastante diferente da atual prática profissional e dos contextos académicos vivenciados anteriormente. Embora tivéssemos alguma noção teórica

não esperávamos a realidade encontrada. A surpresa com o tamanho e peso dos RN prematuros, da possibilidade de sobrevivência de um ser tão pequeno e do avanço científico e tecnológico. Do medo e receio de prestar cuidados a estes recém-nascidos tão frágeis e vulneráveis, fez com que houvesse uma tomada de consciência da enorme responsabilidade profissional, que os enfermeiros que prestam cuidados diariamente, enfrentam. Deste modo, tivemos necessidade de gerir algumas emoções enquanto pessoa e profissional, a fim de ultrapassar o medo da prestação de cuidados, onde a margem de erro é mínima, constituindo este estágio um verdadeiro desafio e um enorme crescimento.

Ao tomarmos consciência da tamanha responsabilidade que é a prestação de cuidados a estes recém-nascidos, tornou-se inevitável a procura de conhecimentos para melhor adequar a prática de cuidados, sempre que dúvidas existissem. A procura de apoio junto à enfermeira orientadora e toda a equipa multidisciplinar foi uma mais-valia no desenvolvimento de conhecimentos sólidos e de competências de EEESIP.

## **4.2. Competências Específicas**

“Competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2010a, p.2).

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento (OE, 2010b)

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. Esta competência encontra-se presente em todos os estágios realizados, dado que em todos, a maximização da saúde da criança é um objetivo comum.

Desde os cuidados de saúde primários, em que é feita a vigilância de saúde infantil, com despiste de desvios existentes, à passagem pelo SUPed em contexto de doença aguda até ao internamento numa Unidade de Neonatologia, é função do EEESIP assistir a criança e família,

promovendo o bem-estar e promover a maximização da saúde quer através da prestação de cuidados, quer pelos ensinamentos que possam ser realizados como prevenção ou continuidade de cuidados.

A competência referida tem como unidades de competência: implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1) e diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2) (OE, 2010b).

A unidade de competência (E1.1) engloba a negociação, a comunicação e a motivação da criança/família. Estando todas elas interligadas, ressaltamos o gosto que temos pela interação/comunicação com a criança/família, que facilita o processo de negociação e consequente motivação para a otimização do bem-estar da criança e família. Como já foi referido é transversal a todos os estágios, sendo que no Estágio I por ser desenvolvido num ambiente mais próximo e como cuidados antecipatórios, torna-se mais fácil a interação com a criança e família e dá-nos oportunidade de realizar ensinamentos relativos à promoção da saúde e segurança. Permite-nos, ainda, avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança relativos à saúde, nomeadamente na consulta do adolescente, onde já há maior consciência de saúde e dos riscos associados a comportamentos, sendo de extrema importância como momento de consciencialização.

A presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade única para potenciar a integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro, promovendo a assistência em saúde aos adolescentes e família (OE, 2010c).

Sendo a Enfermeira Orientadora, do Estágio realizado na USF, responsável pela Saúde Escolar do Centro de Saúde, possibilitou-nos o acompanhamento a duas sessões de educação para a Saúde numa escola, para crianças dos 3º e 4º ano escolar, sobre alimentação saudável.

O projeto de intervenção desenvolvido, dá resposta a esta competência, tendo como finalidade a transmissão de conhecimento e habilidades aos pais dos recém-nascidos internados no serviço de neonatologia, fazendo ao mesmo tempo com que se promova a motivação para assunção da parentalidade.

O estágio realizado no SUPed, abrange crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. Este facto permite-nos o contacto com as doenças comuns às várias idades, exigindo conhecimento dos sintomas e da necessidade de intervenções de enfermagem adequadas.

Uma vez que no SUPed pressupõe uma triagem da criança à entrada do serviço, e sendo esta realizada pelo enfermeiro, permitiu-nos a avaliação da criança e consequente encaminhamento para outros níveis profissionais. A triagem, ao não ter um fluxograma definido, como a Triagem de Manchester, requer maior perícia na observação da criança, de forma a reconhecer a gravidade e encaminhamento correto.

Ao longo dos estágios não tivemos nenhuma experiência com crianças vítimas de maus tratos ou que tenhamos considerado em risco de violência, pelo que não houve necessidade assistência ou encaminhamento. Ainda assim, foi discutido com a Enfermeira Orientadora, situações ocorridas na USF, a intervenção como EEESIP e encaminhamento da criança.

Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. A competência referida, tendo como Unidades de Competência: reconhece situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1); faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas (E2.2); responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3); providência cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (E2.4); promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5) (OE, 2010b).

Considerando a nossa experiência profissional na área do doente crítico da prática diária de trabalho, existem situações, que apesar da diferença adulto/criança, nos têm preparado para a circunstância de instabilidade de funções vitais e risco de morte. Deixa-nos mais alerta para fatores predisponentes para risco de gravidade ou de agravamento da situação clínica e consequente adequação dos cuidados de enfermagem apropriados.

Esta competência foi maioritariamente trabalhada no Estágio Final, no Serviço de Neonatologia e de Urgência de Pediatria. Tendo em conta o contexto, a realização de turnos, principalmente, na Unidade de Cuidados Intensivos e no SOPed, permitiu o cuidar da criança em situação de especial complexidade. Ao cuidar da criança é inevitável o cuidar da família, pois é

um momento de grande fragilidade para os pais, que requer apoio e suporte por parte da Equipa de Enfermagem. Dado limiar existente nestes serviços, o luto esteve presente e foi necessária capacidade de suporte no processo de luto.

Sendo a gestão da dor uma inquietação comum aos EEESIP, em todos os campos de estágio, foi visível a preocupação com a mesma. Foi possível observar e pôr em prática intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor.

A doença crónica com que tivemos mais contacto foi a *Diabetes Mellitus tipo I*, em diagnóstico inaugural ou fase de gestão da doença, tendo sido algo frequente no SUPed. Em todo o processo, devemos intervir de acordo com as necessidades específicas da criança/família, ensinar sobre a doença e complicações, estabelecer uma relação terapêutica de modo a envolvê-los nos cuidados e promover deste modo a autonomia nos cuidados e gestão da doença, atender também às necessidades emocionais e inerentes a cada etapa de desenvolvimento e encaminhar a família para os apoios sociais necessários.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento. Como Unidade de Competência, foram definidas: promove o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1); promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (E3.2); comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3); promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4)(OE, 2010b).

O estágio I revelou-se um local rico de prestação de cuidados e para o desenvolvimento de competências de EEESIP, dado que engloba todas as idades e fases de desenvolvimento. A prestação de cuidados de enfermagem na Consulta de Enfermagem permitiu a realização de procedimentos como a vacinação, avaliação do desenvolvimento infantil com base no PNSIJ, orientação sobre cuidados antecipatórios e deteção de sinais de alerta. Possibilitou enaltecer o papel determinante do EEESIP nos Cuidados de Saúde Primários e permite a adequação dos cuidados em função do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança. É, também, um momento privilegiado para a realização ensinosa aos pais nesta nova fase de vida, bem como deteção de alteração ou desvio que possa existir no núcleo familiar. Permite uma relação mais próxima com a criança/familiar, possibilitando abertura para esclarecimento de dúvidas, transmitindo conhecimento aos pais.

Em Cuidados de Saúde Primário pode realizar-se com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil. Os profissionais de saúde com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica desde o momento em que entra na sala de consulta até que sai. Durante a consulta, a observação da criança ao colo dos pais, ou a brincar, permite ao profissional tirar ilações importantes relativamente ao desenvolvimento da mesma. (DGS, 2012)

A promoção da parentalidade foi predominante em todos os estágios, assumindo papel suporte e incentivo para a amamentação, vinculação e o envolvimento dos pais no cuidado ao recém-nascido, respeitando as crenças e a cultura da família e adaptando os cuidados.

O Adolescente esteve presente no Estágio I (USF) e no Estágio final (SUPed). No estágio I, como já descrevemos anteriormente, nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil ou Planeamento Familiar, sendo este local de estágio de maior oportunidade para desenvolver a entrevista ao adolescente, dado que temos a privacidade e disponibilidade necessária. No SUPed como o tempo de permanência é menor e mais direcionado para o tratamento, não nos permite desenvolver tanto esta competência.

### **4.3. Competências de Mestre em Enfermagem**

De acordo com o Decreto de Lei n.º 63/2016, publicado em Diário da República nº176/2016, Série I de 13-09-2016 (p.3165), o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;



c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

As competências referidas foram desenvolvidas no decorrer do Curso de Mestrado, área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. O Mestrado foi dividido em duas partes: a componente teórica que decorreu de setembro de 2016 a abril de 2017, tendo este período abrangido disciplinas comuns ao Enfermeiro Especialista e disciplinas direcionadas para a Saúde Infantil e Pediatria. A segunda parte decorreu em componente prática com a realização de Estágios em contexto clínico.

Na componente teórica do Mestrado tivemos oportunidade de aprofundar conhecimentos em disciplinas como: Investigação em Enfermagem, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Gestão em Saúde e Governança Clínica, Formação e Supervisão em Enfermagem, Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, Enquadramento Conceptual da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria I e II, Saúde Infantil e Pediatria e Projetos de Intervenção em Saúde Infantil e Pediatria. A frequência nestas disciplinas e a realização de trabalhos solicitados, permitiram-nos o aprofundar de conhecimentos em Enfermagem, dotando-nos de maior capacidade de resposta em contexto clínico.

O plano de estudos efetuado, desenvolveu-nos a habilidade de aplicar os conhecimentos com base na investigação, fomentando a prática baseada na evidência e consequentemente a prestação de cuidados, permitindo melhor resposta a novas situações e um nível de observação e pensamento superior mesmo perante situações recorrentes na área de estudo.

Durante o período de Estágio foi mantida a ligação à investigação através do desenvolvimento de um Estudo de Caso no Estágio I (APENDICE VIII), da realização e implementação do Projeto de Intervenção e da elaboração de um artigo de Revisão Sistemática no Estágio Final (APENDICE IX). Em ambos os trabalhos foi mantida a linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”.

Como Mestre e Enfermeira Especialista pressupõem-se que o nosso percurso será no sentido de uma prestação de cuidados baseada no conhecimento científico e questionamento sucessivo, indutor de pesquisa e produção de conhecimento.

## 5. CONCLUSÕES

A elaboração do relatório teve como objetivos: contextualizar o percurso, realizar o enquadramento conceitual do projeto de estágio, apresentar o projeto de estágio realizado e analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências de Mestre.

O ingresso no Curso de Mestrado tinha como objetivo pessoal a aquisição de competências de EEESIP, como forma de incremento curricular que justifique a transferência da mestranda da prestação de cuidados ao adulto para um serviço de pediatria. À data de entrega deste relatório este objetivo ainda não foi atingido, porém foi notória a certeza da vontade de desempenhar funções na área da Saúde Infantil e Pediatria. Tendo em conta a inexperiência na área da Pediatria, o percurso tornou-se mais sinuoso e com necessidade de orientação mais presente pela Professora Orientadora.

Tendo sido definido pela Equipa Docente do Curso de Mestrado, com base nos requisitos que se colocam para a aquisição do grau de mestre e da atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, do título de especialista, foram delineadas as unidades curriculares de Estágio I, Estágio Final e Relatório, em que os objetivos de aprendizagem: Evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; Fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica; Descreva e avalie o desenho e a implementação de um projeto; Apresente um relatório, com consequente discussão em provas públicas. Assim, o relatório apresentado vai ao encontro dos objetivos propostos, dando resposta aos mesmos.

A realização dos Estágios permitiu-nos o desenvolvimento de Competências de Mestre e Especialista. Primou pela excelência dos cuidados prestados pelas Enfermeiras Orientadoras, dos três locais onde foram realizados os estágios, promovendo em nós a necessidade e a vontade da tomada de decisão baseada em evidência científica e a reflexão constante sobre a praxis clínica.

O Projeto de Intervenção, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido e à família na Unidade de Neonatologia onde foi implementado, tendo sido considerado uma mais-valia pela Equipa de Enfermagem. Tendo em conta a conjectura

atual em Portugal, que é visível no referido serviço de neonatologia, com a saída de enfermeiras especialistas e enfermeiras peritas e a entrada de novas enfermeiras, sem experiência profissional, torna a implementação do projeto pertinente e fundamental.

O Projeto concedeu-nos suporte científico, não apenas para a elaboração do Guia Orientador, como para uma prestação de cuidados ao recém-nascido/família, baseada na evidência, fortalecendo a confiança da mestranda na prestação de cuidados.

Como, já referimos ao longo do trabalho, tivemos necessidade de alterar a estrutura do Guia Orientador implementado no Projeto de Intervenção, assim como o cronograma que por motivos pessoais e necessidade de pesquisa se alongou mais que o previsto.

Apesar das dificuldades sentidas, consideramos que respondemos adequadamente aos objetivos por nós propostos, bem como a consolidação e aquisição de conhecimentos e competências técnico-científicas, relacionais e ético-legais de Mestre e EESIP exigidas pela OE, tendo sido transformador enquanto pessoa e profissional, pelas oportunidades de aprendizagem, partilha de experiências e de reflexão sobre a prática.

Como projetos futuros, pretendemos, o início de funções na área da prestação de cuidados da Área de Saúde Infantil e Pediatria, o desenvolvimento de trabalhos promotores de melhoria de qualidade, em questões que nos suscitem interesse e que objetivemos como passíveis de melhoria na prestação de cuidados à criança/jovem/família e continuação da formação académica e profissional.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Banerjee, J.; Aloysius, A.; Platonos, K.; Deierl, A. (2018). Family centred care and family delivered care e What are we talking about?. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 8-12. DOI: 10.1016/j.jnn.2017.11.004

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Boykova, M. (2016). Transition from Hospital to Home in preterm infants and their family. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 30 (3). DOI:10.1097/JPN.0000000000000198

Diaz, Z.; Caires, S. & Correia, S. (2016). *Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia*. Psicologia, Saúde & Doenças.

Centro Hospital Lisboa Norte Pediatria (2012). Consultado a 24 de agosto de 2018 e disponível em: <http://83.240.153.196:8082/index.php/more-info/extensions/neonatologia>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. (2016). *Graus académicos e Diplomas do Ensino Superior Público*. Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13. p.3159-3191. Consultado em 27 de agosto de 2018, e disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Decreto-Lei nº161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Consultado a 24 de agosto de 2018 e Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Dornasbach, J.; Freitas, H.; Costenaro, R.; Rangel, F.; Zamberlan, C. & Ilha, S. (2014). Neonatal Intensive Care: Feeling of parents after discharge of the child. *Journal of Nursing*, 2660-2666.

Harrison, W.; Goodman, D. (2015). Epidemiologic trends in neonatal intensive care, 2007-2012. *JAMA Pediatrics*, 169, 855-862. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.1305.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpu%20b\\_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu%20b_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2)

Kerr S, King C, Hogg R, McPherson K, Hanley J, Brierton M, Ainsworth, S. (2017). Transition to parenthood in the neonatal care unit: a qualitative study and conceptual model designed to illuminate parent and professional views of the impact of webcam technology. *BMC Pediatrics*. 17:158. DOI 10.1186/s12887-017-0917-6

Farahani A.S., Hemati A., Masoumpoor, A., Pourhoseingholi, M., Rayatim, M. (2017) Evaluating the impact of discharge nurse activities on the re-hospitalization of premature neonates and mothers' quality of life. *World Family Medicine Journal*, 15(10), 145-149. DOI: 10.5742/MEWFM.2017.93153

Ferrito, C.; Nunes, L. & Ruivo, I. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37.

Gameiro, M. (2003) – A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação. *Revista Referência*, 5 (10), 5-15.

Hockenberry, M. (2014). *A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança*. In: Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Macedo, L. (2012). Vivências na prematuridade: uma revisão da literatura. *Nursing*, 280, Maio.

Ministério da Saúde. (2018). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - USF da Luz*. Consultado a 27 de agosto de 2018, e disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3111174/Pages/default.aspx>

Moradi,S; Arshdi-Bostanabad, M; Seyedrasooli, A; Tepak, L; Valizadeh, S. (2018). The Effect of Empowerment Program on Maternal Discharge Preparation and Neonatal Length of Hospital Stay: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. DOI: 10.4103/ijnmr.IJMR\_110\_17

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Obeidat, H.; Bond, E.; Callister, C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18, 23–9.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE*. Serie I. Número 8.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Preparação do regresso a casa da criança com necessidade de cuidados*. Cadernos OE, Serie I, III(3).

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Preparação do Regresso a Casa da Criança*. Cadernos OE, Serie I, III(3).

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011d). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/MCEESIP\\_Regulamento\\_PQC EE%20 SaudeCriancaJovem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQC EE%20 SaudeCriancaJovem.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem*. Conselho Diretivo. Lisboa. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov\\_aprovadoag\\_20nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, I(3).

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico. Anexo pela Lei nº111/2009 de 16 de setembro. Disponível em: <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>

Royal College of Paediatrics and Child Health (2015). *Your baby's care: measuring standards and improving neonatal care*. London: RCPCH.

Smith, V.; Hwang, S.; Dukhovny, D.; Young, S. & Pursley, D. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology* , 415-421.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). *Manual para Pais de Bebés Prematuros*. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>

UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>



## 7. ANEXOS

### ANEXO I - Checklist Alta Serviço de Neonatologia

Etiqueta de identificação do RN

**GRELHA DE APOIO À IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA DE CRIANÇAS INTERNADAS NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**

O vosso bebé está quase a ir para casa! Para vos ajudarmos a estarem totalmente preparados para esta nova etapa sugerimos que preencham esta grelha. Reflitam sobre os diferentes cuidados ao recém-nascido que fomos trabalhando convosco ao longo do internamento e identifiquem as áreas onde já se sentem confiantes e aquelas onde ainda sentem necessidade do nosso apoio.

Conhecimento ou competências sobre	NA	Ainda não estamos preparados	Precisamos de praticar	Estamos preparados	Validação na alta
<b>Alimentação</b>					
Sei qual o intervalo e duração das refeições					
Consigo colocar o meu filho a eructar (arrotar)					
Consigo realizar a manobra de desengasgamento					
Medidas de anti-refluxo					
<b>Amamentação</b>					
Sei quais são os factores de sucesso da amamentação/ Sinais de pega					
Consigo posicionar o meu filho para lhe dar de mamar					
Sei quais são os problemas relacionados com a amamentação e como resolvê-los					
Sei quais os hábitos alimentares/ estilos de vida saudáveis que devo ter					
<b>Extracção de leite por bomba</b>					
Sei realizar a extracção de leite por bomba					
Sei como conservar e transportar o leite materno					
<b>Alimentação por biberão</b>					
Sei preparar o biberão (leite materno ou adaptado)					
Consigo dar a totalidade do leite por biberão					
Sei como higienizar os utensílios de alimentação					
<b>Higiene e conforto</b>					
Sei como fazer a higiene do bebé (frequência, temperatura da água, produtos de limpeza e hidratação)					
Consigo dar banho					
Consigo higienizar o coto umbilical					
Identifico quando o bebé tem frio ou calor e qual a temperatura ambiente adequada					
Sei quais as características e como higienizar a roupa do bebé					



Eliminação				
Sei identificar as características de eliminação (urina e fezes)				
Sei como prevenir e tratar o eritema das fraldas				
Consigo mudar a fralda e fazer a higiene perineal				
Consigo realizar a massagem abdominal para o alívio das cólicas				
Consigo fazer a estimulação para a eliminação intestinal				
Desenvolvimento e interacção				
Sei identificar as características do comportamento do bebé				
Sei identificar as causas de choro do bebé				
Consigo acalmar o bebé quando ele chora				
Sei posicionar o bebé correctamente no berço				
Sei quais as rotinas para estabelecer padrões de sono/vigília				
Sei quais as vantagens do método canguru				
Sei quais os períodos e locais adequados para dar passeios e como prevenir infecções				
Sei sobre vigilância e promoção da saúde				
Problemas de saúde				
Consigo fazer lavagem nasal				
Sei como prevenir e antecipar os acidentes (quedas, queimaduras, transporte)				
Sei identificar os sinais de alerta e conheço as unidades de saúde que posso contactar				
Consigo administrar a medicação/suplementos para fazer em casa				

Lista de verificação na alta	Validação
Boletim Individual de Saúde	
Boletim de Vacinação	
Rastreio Auditivo Neonatal <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> Potenciais Evocados	
Diagnóstico Precoce	
Rastreio das Cardiopatias Congénitas	
Marcação de consulta de neonatologia e especialidades	
Marcação de consultas de vigilância de saúde	
Marcação de exames	
Disponibilização da medicação para o domicílio	
Notas de alta (enfermagem e médica)	
Teste de apneia no sistema de transporte RN	
Disponibilização do contacto da unidade	

Assinatura da Enfermeira

## ANEXO II – Consentimento Informado

**Área/Unidade:** Unidade de Cuidados Neonatais

**Título do estudo:** A Alta em Neonatologia - Contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido/família.

**Procedimentos principais:**

O projeto será desenvolvido na linha de investigação designada para o ramo de Saúde Infantil e Pediatria, “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”. A temática em causa “Preparação para a alta do recém-nascido/pais internado em unidade de neonatologia”.

O desenvolvimento do projeto será realizado na Unidade de Cuidados Neonatais do Hospital de Santa Maria, através da realização de um guia orientador para os enfermeiros. Este guia pretende uniformizar linguagem/conteúdos e procedimentos da equipa de enfermagem permitindo a transmissão de conhecimentos coerentes aos pais das crianças internadas no serviço de neonatologia.

Para envolver a equipa de enfermagem do serviço, será aplicado um questionário de diagnóstico de situação para avaliar a pertinência da elaboração do guia orientador e seleção de temáticas específicas a serem incluídas no documento. Após a avaliação deste questionário ficarão definidas as temáticas a trabalhar. Pretende-se, depois, a realização de revisões integrativas de literatura sobre as temáticas específicas, permitindo a construção do documento com informação pertinente e atualizada.

Aquando da finalização do documento será realizada uma formação em serviço à equipa de enfermagem com a finalidade de apresentar o guia com discussão do mesmo.

*Confirmo que expliquei ao participante, de forma adequada e inteligível, os objetivos do projeto e procedimentos, assim como os potenciais riscos e inconvenientes.*

Assinatura do investigador: .....

Nº mec. | | | | |

Cédula Profissional | | | | |

Data: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|

### A preencher pelo participante

*Declaro que me foram explicados de forma adequada e inteligível o objetivo e natureza da investigação e o(s) procedimento(s) a(os) que serei sujeito. Foram-me explicados os potenciais riscos e inconvenientes do(s) procedimento(s) proposto(s), que foram por mim compreendidos e aceites, concordando em participar no estudo.*

Participante: .....

Assinatura: ..... Documento: .....

Data: |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|

## ANEXO III- Participação Encontro de Enfermeiros de Neonatologia



## ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética



Documento	1	8	1	1	2
-----------	---	---	---	---	---

### **Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof. Doutor Manuel Agostinho Fernandes e a Prof.ª Doutora Margarida Amoedo deliberaram dar

#### **Parecer Positivo**

para a realização do Projeto “*Contributos de Enfermagem para a construção de um guia de boas práticas*” da investigadora Ana Cristina dos Santos Bravo (mestranda) e da Prof.ª Doutora Maria Gabriela Cavaco Calado.

Universidade de Évora, 15 de Junho de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



## ANEXO V – Parecer Hierárquico

### Parecer Hierárquico sobre o Projeto

**Título do Projeto:** A alta em neonatologia: Contributos de Enfermagem para a construção de um guia de boas práticas

#### Procedimentos Principais:

O projeto será desenvolvido na linha de investigação designada para o ramo de Saúde Infantil e Pediatria, “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”. A temática em causa “Preparação para a alta do recém-nascido/pais internado em unidade de neonatologia”, começou a ser trabalhada durante o estágio I, tendo continuidade e finalização no decurso do estágio final.

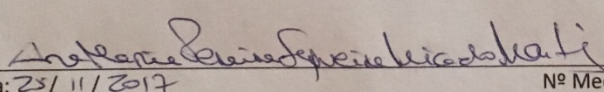
O desenvolvimento do projeto será realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria, através da atualização de um guia orientador para os enfermeiros intitulado “Plano Para a Alta do Bebê”. Tendo este guia sido elaborado em fevereiro de 2004, com a constante atualização e necessidade de revisão científica do mesmo, foi considerado pela chefia do referido serviço a necessidade de construção de um novo Guia de Boas Práticas de Enfermagem. Este guia pretende uniformizar a linguagem e procedimentos da equipa de enfermagem permitindo a transmissão de conhecimentos coerentes aos pais das crianças internadas no serviço de neonatologia.

Para envolver a equipa de enfermagem do serviço, será aplicado um questionário de diagnóstico de situação para avaliar a pertinência da elaboração do guia de boas práticas e sugestões de temáticas específicas a serem incluídas no documento. Após a avaliação deste questionário ficarão definidas as temáticas a trabalhar. Pretende-se, depois, a realização de revisões integrativas de literatura sobre as temáticas específicas, permitindo a construção do documento com informação pertinente e atualizada.

Aquando da finalização do documento será realizada uma formação em serviço à equipa de enfermagem com a finalidade de apresentar o guia com discussão do mesmo. A última etapa do projeto será a implementação do guia de Boas Práticas na Unidade.

**Aluno de Especialidade de Enfermagem (Ramo de Pediatria):** Ana Cristina dos Santos Moreira Bravo

**Parecer dos responsáveis pelas Áreas/Especialidades/Unidades Funcionais envolvidas:**

	
Data: 25/11/2017	Nº Mecanográfico: 7435

Data: __/__/__	Nº Mecanográfico: ____

## **8. APÊNDICES**



# A Alta em Neonatologia:

Contributos de enfermagem para a promoção da saúde  
e bem-estar do recém-nascido

Elaboração: Enfermeira Ana Cristina Bravo

Orientação: Prof<sup>a</sup> Coordenadora Gabriela Calado



# Conteúdo

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS .....	3
0. INTRODUÇÃO .....	4
1. ALEITAMENTO MATERNO .....	5
1.1 Contraindicações da Amamentação .....	5
1.2 Fisiologia da Amamentação .....	6
1.3 Duração da Mamada .....	7
1.4. Principais Problemas e Resolução .....	8
1.5 Manipulação e Conservação do Leite Materno.....	10
2. CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO .....	11
2.1 Banho .....	11
2.2 Área da Fralda.....	11
2.3 Coto Umbilical .....	13
3. PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS COMUNS NO RECÉM-NASCIDO .....	14
3.1 Febre .....	14
3.2 Dificuldade respiratória.....	16
3.3 Diarreia .....	17
4. AS CÓLICAS NO RECÉM-NASCIDO .....	19
5. SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO LATENTE .....	22
6. BIBLIOGRAFIA .....	23

## LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

DGS – Direção-Geral de Saúde

GEA – Gastroenterite Aguda Infeciosa

HTLV-1 – Vírus T-linfotrópico humano tipo 1

HTLV-2 – Vírus T-linfotrópico humano tipo 2

LM- Leite materno

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – recém-nascido

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SMSL – Síndrome de Morte Súbita no Latente

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

## **0. INTRODUÇÃO**

Este documento foi elaborado pela aluna Ana Cristina dos Santos Moreira Bravo, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria e insere-se no desenvolvimento do projeto de estágio com a temática: A alta em neonatologia: contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido.

Com este documento pretende-se dotar a equipa de enfermagem, com orientações técnico-científicas atualizadas, na a alta hospitalar do recém-nascido, a fim de capacitar os pais/cuidadores de forma transversal e coerente.

O guia foi desenvolvido, após levantamento de necessidade do serviço, efetuado em conjunto com a Enfermeira Chefe, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Enfermeira Orientadora, tendo sido posteriormente aplicado um questionário a toda a equipa de enfermagem de forma a avaliar a pertinência do projeto e a escolha das temáticas a incluir.

As orientações técnicas apresentadas, estão ancoradas a um Dossier Temático, que contém a informação de forma mais aprofundada e devidamente fundamentada, que ficará disponível para consulta.

## 1. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno exclusivo é recomendado até aos 6 primeiros meses de vida, sendo considerado o modo mais natural e seguro de alimentação para o neonato (Ferreira et al., 2017). Especificamente para os bebés pré-termo, o aleitamento materno pode trazer mais algumas vantagens pois as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano favorecem a maturação gastrointestinal, o fortalecimento do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neuro psicomotor, proteção antioxidante, menor incidência de infeções, menor tempo de hospitalização e menor incidência de internamentos (Sassa et al., 2014).

A *United Nations Children's Fund* (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam (UNICEF, 2018):

- Início da amamentação na primeira hora de vida;
- Amamentação exclusiva, sem oferta de outros fluidos, durante os primeiros 6 meses de vida; após os 6 meses início da alimentação complementar, mantendo a amamentação até aos 2 anos de idade ou mais;
- Amamentação em livre demanda: deve ser oferecida ao bebé sempre que ele pedir, de dia e de noite.

Para que a amamentação decorra sem intercorrências, devem conjugar-se 3 fatores (Bertolo & Levy, 2012):

- Desejo e a decisão de amamentar;
- Estabelecimento da lactação;
- Suporte à amamentação.

### 1.1 Contraindicações da Amamentação

- Absoluta: Infecção por VIH tipos 1 e 2 e Vírus T-linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) e tipo 2 (HTLV-2).
- Decisão individualizada: Citomegalovirus.

## 1.2 Fisiologia da Amamentação

Quando um bebê mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite. A maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte – quanto mais o bebê suga mais leite é produzido (Bertolo & Levy, 2012).

A prolactina tem maior produção à noite, portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite (Bertolo & Levy, 2012).

Quando um bebê suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina. A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite coletado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção.

Sentimentos agradáveis como sentir-se contente com o seu bebê, ter prazer com o bebê, tocá-lo, olhar ou mesmo ouvir o bebê chorar podem ajudar o reflexo da ocitocina. Se uma mãe está separada do bebê entre as mamadas, o reflexo da ocitocina pode não funcionar facilmente (Bertolo & Levy, 2012).

Figura nº1 – Fisiologia da Lactação



Fonte: <https://quiteriachagas.com/2015/10/27/os-problemas-na-amamentacao/>

Existem três principais reflexos do bebê relacionados com a amamentação: o reflexo de busca e preensão, o de sucção e o de deglutição. Quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebê, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O bebê põe a língua para baixo e para fora. Este é o reflexo de busca e preensão. Quando alguma coisa toca o palato do bebê, ele começa a sugar e, quando a sua boca se enche de leite, ele deglute (Bertolo & Levy, 2012).



Figura nº2 – Pega Adequada na Mama

Fonte: <http://nomundodamaternidade.com.br/2012/06/amamentacao>

É importante é que o bebê esvazie uma mama em cada mamada; o bebê deve primeiro esvaziar a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama; chupar e esvaziar a mama é o segredo para uma maior produção de leite (Bertolo & Levy, 2012).

### 1.3 Duração da Mamada

A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebês mamam 90% do que precisam em 4 minutos. Alguns bebês prolongam mais as mamadas, por vezes até 30 minutos ou mais. O bebê deve ser alimentado quando tem fome – chama-se a isto livre demanda, não se devendo impor um regime rígido (Bertolo & Levy, 2012). O bebê está mesmo a mamar quando:

- A sucção é mais lenta que com uma chupeta;
- Enche as bochechas de leite;
- Ouve o bebê a engolir.

## 1.4. Principais Problemas e Resolução

### Ingurgitamento mamário:

- Causas: O leite não é retirado em quantidade suficiente;
- Sintomas:
  - Aumento da temperatura corporal até 38º durante 24 horas;
  - Mamas tensas, brilhantes e dolorosas – ingurgitadas;
  - Auréola tensa;
  - Dificuldade em tirar o leite.
- Tratamento:
  - Retirar o leite da mama de preferência colocando o bebê à mama;
  - Se o bebê não consegue mamar, retirar com a bomba;
  - Continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem confortáveis.

### Ductos Bloqueados:

- Causas: Canais bloqueados por acumulação de leite, possivelmente espesso.

Figura nº3 – Ductos Bloqueados

- Sintomas:



Fonte: <http://blog.casadadoula.com.br/2018/01/30/mastite/>

- Nódulo doloroso e vermelho numa parte da mama;
  - A mulher não tem febre e sente-se bem.
- Tratamento:
  - Amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama;
  - Fazer leve pressão, com os dedos, no sentido da auréola para a ajudar a esvaziar;

- Usar roupas largas e um soutien que apoie mas não comprima.

### Mastite:

- Causas: Estase de leite nos ductos mamários; Pode ir desde uma simples mastite a um abscesso infectado.

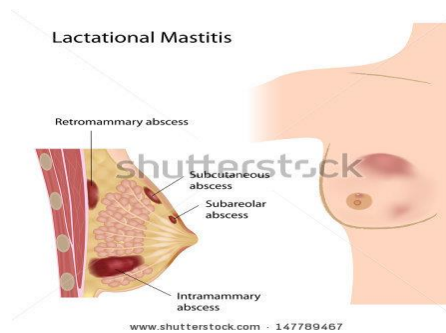
Figura nº 4 - Mastite

- Sintomas:

- Mama quente, inchada e dura;
- Temperatura corporal > 38,5°;

- Tratamento:

- Extração de leite: amamentar com mais frequência e iniciar pela mama afetada;
- O bebê deve ser posicionado com o queixo ou o nariz em cima da zona afetada para ajudar a drenar;
- Massajar a mama durante a amamentação em cima da área infectada;
- Após a mamada, retirar o leite residual de forma manual ou com bomba;
- Repouso, hidratação e nutrição adequados;
- Aplicação de calor, compressas ou banho quente, antes da mamada;
- Aplicação de gelo, depois da mamada, para reduzir a dor e o edema.
- Consultar o médico assistente para indicar medicação a tomar.



Fonte: [www.shutterstock.com/de/image-vector/mastitis-crosssection-mammary-gland-inflammation-breast-792376513](http://www.shutterstock.com/de/image-vector/mastitis-crosssection-mammary-gland-inflammation-breast-792376513)

Figura nº 5 – Mastite



Fonte: [blog.casadadoula.com.br/2018/01/30/mastite](http://blog.casadadoula.com.br/2018/01/30/mastite)



## Mamilos dolorosos

- Causas: má adaptação do bebé à mama (pega incorreta)
- Sintomas:
  - Mamilo com fissuras – que pode favorecer a entrada de micro-organismos e causar infeção
- Tratamento:
  - Verificar sinais de boa pega do bebé
  - Iniciar a amamentação pela mama não dolorosa;
  - Aplicar uma gota de leite no mamilo e auréola, após o banho e após cada mamada;
  - Expor os mamilos ao ar e ao sol
  - Se a dor for intensa, retirar o leite e dar ao bebé em copo ou colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize.

## **1.5 Manipulação e Conservação do Leite Materno**

### Conservação do Leite Materno (LM):

Tabela nº1 – Conservação do LM

Temperatura	Tempo
Frigorífico $\leq 4^{\circ}\text{C}$	Até 48 horas
Congelador a $-20^{\circ}\text{C}$	Até 6 meses

### Descongelamento do LM:

- Descongelar no frigorífico e administrar no prazo de 24 horas;
- Não descongelar em banho-maria ou micro-ondas;
- Se for deixado à temperatura ambiente deve ser usado dentro de uma hora.

### Transporte do LM:

- Transporte num saco isotérmico.

## 2. CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO

### 2.1 Banho

No RN, o banho pode levar a hipotermia, aumento do consumo de oxigênio, stress respiratório e alteração dos sinais vitais, em função disto deve ser corretamente realizado, em sala aquecida, com tranquilidade e segurança (Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2014).

Recomendações para o banho:

- O tipo de banho eleito é o de imersão - provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais;
- A temperatura ideal é de 37°C;
- Duração inferior a 5 minutos;
- Água potável ou soro fisiológico;
- No recém-nascido (RN) de termo a frequência ótima situa-se no banho diário ou dias alternados;
- No prematuro o banho deve ser feito de 4/4 dias;
- Os agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido.

Figura nº6 – Posicionamento do recém-nascido durante o banho



<http://www.4newmum.com/ar/article/how-to-shower-newborn-baby.html>

### 2.2 Área da Fralda

A irritação na área da fralda é causada pelo contacto prolongado com urina e fezes (substâncias químicas e enzimas), calor, humidade e fricção.

Prevenção da dermatite da fralda:

- Evitar a exposição prolongada a urina e fezes;

- Usar fraldas descartáveis superabsorventes para reduzir a humidade da pele;
- Se usar fralda de pano, usar apenas invólucro protetor que permita que o ar circule e evitar cuecas de borracha de contenção da fralda;
- Expor a pele ligeiramente irritada, ou saudável, ao ar para secar completamente;

Figura nº 7 - Dermate de Fralda Irritativa



- Aplicar uma pomada barreira, especialmente se a pele estiver muito vermelha ou húmida nas zonas abertas;

Figura nº 8- Dermate por Cândida

- Evitar remover a pomada barreira da pele a cada muda de fralda, remover os resíduos e reaplicar a pomada barreira;
- Para remover completamente a pomada barreira usar óleo mineral;
- Evitar o excesso de lavagem da pele, especialmente com sabonetes perfumados ou toalhetes comerciais que podem ser irritantes;
- Evitar a utilização de pé de talco no latente, que apesar de ajudar a manter a pele seca, é perigoso se inalado.
- Limpar cuidadosamente as fezes usando água e um purificar neutro e sem fragrância.



Fonte: <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol1303/Dermatite%20das%20fraldas.pdf>

#### Frequência urinária RN:

- Até aos 14 dias de vida:
  - 5 ou 6 vezes/dia;
- Após os 14 dias:
  - 3 a 10 vezes/dia.

#### Frequência fecal RN:

- Pelo menos uma dejeção moldada a cada 48 a 72h (Leite artificial)
- Duas a três dejeções/dia (Leite materno)

## 2.3 Coto Umbilical

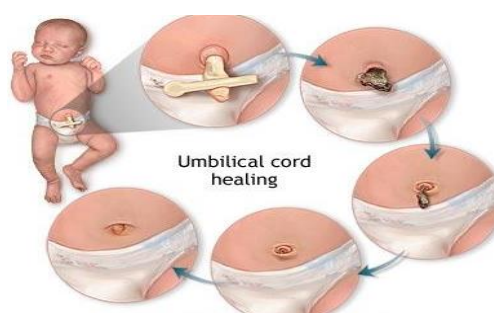
Após o nascimento, a desvitalização do cordão umbilical é frequentemente um substrato ideal para o crescimento de bactérias e um acesso direto à corrente sanguínea do bebé. A colonização bacteriana, leva com alguma frequência à onfalite e tromboflebite associada, celulite e fascíte necrosante (Stewart & Benitz, 2016).

No momento do nascimento um aspeto húmido, branco azulado. Depois de clampado começa a seca e torna-se amarelo acastanhado escuro. Vai progressivamente diminuindo de diâmetro e tornando-se preto esverdeado. O tempo médio de separação é de 5 a 15 dias e são necessárias mais umas semanas para que a base do cordão cicatrize completamente depois da separação (Hockenberry & Wilson, 2014).

A OMS (2013) defende a aplicação do método *dry care* nos cuidados ao coto umbilical do RN:

- Manter o coto limpo e seco, sem aplicação de qualquer soluto;
- Deixar coto umbilical exposto ao ar em caso de sujidade, só é limpo com água.

Figura nº 6 - Processo de Queda do Coto Umbilical



Fonte: <https://www.newbornhub.com/umbilical-cord.html>

### 3. PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS COMUNS NO RECÉM-NASCIDO

#### 3.1 Febre

A maioria das febres em crianças são de curta duração, com consequências limitadas e são de origem viral. Nem o aumento da temperatura, nem a sua resposta aos antipiréticos indica a gravidade ou a etiologia da infecção (Hockenberry & Wilson, 2014).

##### Avaliação da Temperatura:

- A medição retal é o método mais rigoroso e o que melhor corresponde à temperatura central;
- A medição axilar é o método mais usado e prático, embora não seja tão preciso como o retal;
- Considerar febre:
  - Temperatura axilar ou retal  $\geq 1.0$  acima da temperatura média individual;
  - Temperatura retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
  - Temperatura axilar  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

##### Medidas antipiréticas e de alívio do desconforto:

- Manter temperatura ambiental entre  $20,0^{\circ}\text{C}$  e  $22,0^{\circ}\text{C}$ ;
- Adequar o vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento, mas mantenha o conforto;
- Oferecer água ou leite (latentes);
- Alimentar sem forçar;
- Por rotina não usar meios físicos para baixar a temperatura na febre (exemplo banho tépido);
- Os medicamentos antipiréticos não são necessários se a criança estiver confortável;
- De um modo geral temperaturas axilares, orais ou timpânicas superiores a  $38,5^{\circ}\text{C}$  ou retais superiores a  $39,0^{\circ}\text{C}$  causam desconforto.

Na criança que mantém a temperatura elevada com desconforto, e após a aplicação das medidas gerais, poderá ser efetuada a seguinte medicação:

- PARACETAMOL como fármaco de primeira linha: intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas; máximo de 5 tomas diárias;
- Ibuprofeno (a partir dos 6 meses): usado na alergia ao paracetamol e/ou não resposta ao paracetamol ou recorrência da febre com desconforto, antes do tempo mínimo de nova administração (4 horas).

Recorrer aos serviços de saúde, independentemente do dia de febre, se:

- Convulsão;
- Olhar triste, de sofrimento, com pálpebras persistentemente entreabertas;
- Prostração mantida;
- Sonolência excessiva ou sono muito perturbado;
- Choro débil, pouco audível, ou choro inconsolável para além de 2 a 3 horas e que não melhora significativamente com o analgésico;
- Gemido constante;
- Aparecimento de manchas na pele sobretudo nos primeiros dois dias de febre;
- Dificuldade na mobilização e flexão do pescoço, com rigidez;
- Dor no pescoço ou nos membros com redução de mobilidade;
- Dor específica, mantida e perturbadora;
- Recusa em estar ao colo, preferindo estar deitado na cama;
- Calafrios (tremores generalizados com tiritar dos dentes) prolongados na subida térmica;
- Cianose ou acrocianose na subida térmica;
- Alteração da respiração;
- Desconforto na micção, urina com mau cheiro e/ou com cor turva ou diferente do habitual;
- Vómitos repetidos fora das refeições e/ou diarreia profusa e persistente;
- Recusa total de alimentação, incluindo os líquidos, mais de 2 refeições consecutivas;
- Sede intensa não saciável;
- Idade < 3 meses (inferior a 3 meses de idade corrigida se a criança nasceu prematura);
- Temperatura axilar  $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$  ou retal  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ , se idade inferior a 6 meses;

- Temperatura axilar  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$  ou retal  $\geq 41,0^{\circ}\text{C}$ , após os 6 meses de idade;
- Febre em criança com patologia crónica grave debilitante (malformações cardíacas, imunodeficiência, medicação crónica com imunossuppressores, cancro em quimioterapia);
- Febre com duração superior a 5 dias completos ou reaparecimento de febre após 2 a 3 dias de apirexia.

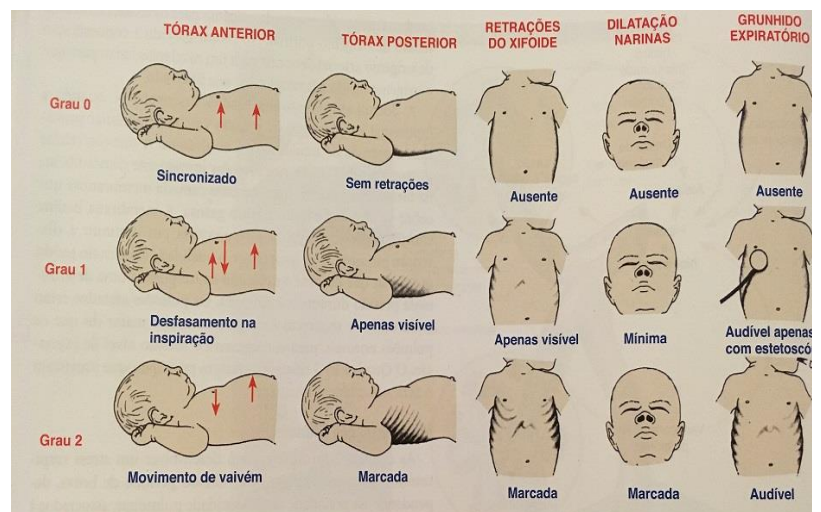
### 3.2 Dificuldade respiratória

Os recém-nascidos respiram obrigatoriamente pelo nariz até às 4-6 semanas de vida. São numerosas as causas de insuficiência ventilatória nasal no recém-nascidos e latentes, sendo a principal a rinite. A rinite consiste na inflamação da mucosa nasal, frequentemente, de origem viral ou inespecífica.

#### Sintomas:

- Respiração ruidosa;
- Dificuldade respiratória que piora durante a sucção;
- Rinorreia;
- Dificuldade na alimentação;
- Sem febre e irritável.

Figura nº 7 - Critérios para avaliação de dificuldade respiratória



#### Tratamento:

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014, p.370)

- Drenagem postural (decúbito ventral);
- Instalação de soro fisiológico estéril sempre que necessário, preferencialmente antes da alimentação.

É importante alertar para critérios que possam carecer de observação médica, na possibilidade de evolução para infeção respiratória, tais como (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2015):

- Fatores de risco:
  - Idade inferior a 6-12 semanas;
  - História de prematuridade (idade gestacional < 37 semanas);
  - Diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente (displasia broncopulmonar, fibrose quística, doença pulmonar difusa ou congénita), doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de Down;
  - Exposição ao fumo do tabaco (EFT) deve ser ativamente identificada.
- Sinais de gravidade:
  - Dificuldade alimentar (ingesta < 50% nas 24h);
  - Letargia;
  - Apneia;
  - Aumento da frequência respiratória/cansaço respiratório;
  - Pieira/respiração ruidosa;
  - Adejo nasal ou gemido.

Medidas a adotar para a recuperação do bebé:

- Deixar o bebé sossegar e manipulá-lo o menos possível;
- Fracionar as refeições, fazer pausas frequentes e elevar o tronco do bebé após as refeições;
- Manter o nariz limpo;
- Elevar a cabeceira do bebé;
- Vigiar regularmente a respiração do bebé;
- Controlar a febre.

### **3.3 Diarreia**

A diarreia aguda é uma das doenças mais comuns em crianças em todo o mundo, caracterizando-se pelo aparecimento abrupto. A causa mais frequente de diarreia aguda é a Gastroenterite Aguda Infeciosa (GEA).



Pode ser causada por vírus, bactérias ou parasitas, é geralmente um processo auto limitado, exceto na infecção parasitária que frequentemente se prolonga na ausência de tratamento. Os agentes mais frequentes são o rotavírus, adenovírus e norovírus.

É importante os pais avaliarem sinais de gravidade que possam carecer de observação médica e/ou tratamento endovenoso:

- Irritabilidade/apatia;
- Mucosas secas;
- Olhos encovados;
- Diminuição da quantidade de urina;
- Ausência de lágrimas.

Tratamento:

- Alimentação fracionada conforme tolerância;
- Hidratação.

## 4. AS CÓLICAS NO RECÉM-NASCIDO

As cólicas no RN, também denominadas como dor abdominal paroxística, caracterizam-se por dor ou cãibra abdominal manifestada por irritabilidade e/ou choro excessivo e súbito, acompanhada pela flexão das pernas sob o abdômen e manifestam-se normalmente entre as duas semanas e os quatro meses de vida do latente.

### Sintomas:

- Choro intenso e/ou irritabilidade;
- Período de tempo superior a três horas por dia;
- Mais de três dias por semana;
- Duração superior a três semanas.

### Causas:

- Fatores gastrointestinais
  - Imaturidade intestinal;
  - Intolerância à proteína do leite de vaca e/ou;
  - Intolerância à lactose.
- Fatores biológicos
  - Alterações na regulação da atividade motora intestinal do latente;
  - Pais fumadores.
- Fatores psicossociais
  - Depressão materna no pós-parto;
  - Hiperestimulação e/ou;
  - Stresse/ansiedade familiar.

Prognóstico: tende a resolver-se com o amadurecimento do mesmo, sem interferir no crescimento e desenvolvimento da criança.

### Prevenção e tratamento:

- Privilegiar o aleitamento materno exclusivo;
- Estabelecimento de uma boa pega, tanto à mama como ao biberão;
- Utilizar tetinas e chupetas anatómicas;
- Utilizar biberões e tetinas específicas que minimizem a deglutição de ar;
- Manter a tetina totalmente preenchida de leite durante a alimentação por biberão;
- Promover a eructação durante e após a alimentação;
- Recorrer à sucção não nutritiva apenas após a alimentação;
- Alimentar o RN em horário livre, promovendo as refeições mais frequentes e com quantidades adequadas de leite;
- Posicionar o RN em decúbito ventral, com a região abdominal sobre uma toalha aquecida ou sobre um saco térmico aquecido e protegido;



Figura nº 7 – Posição do RN em decúbito ventral

Fonte: <https://alimentosaudeinfantil.wordpress.com/2010/09/08/colica-e-prisao-de-ventre-ninguem-merece/>

- Posicionar o RN em decúbito ventral sobre o braço do pai/cuidador, de forma a que a mão do mesmo fique direcionada ao abdómen do latente, aplicando uma pressão suave;



Figura nº 8 – Posição do RN sobre o braço

Fonte: <https://alimentosaudeinfantil.wordpress.com/2010/09/08/colica-e-prisao-de-ventre-ninguem-merece/>

- Conter o RN com recurso a um cobertor macio e elástico;
- Transportar o RN no marsupial;
- Efetuar a massagem intestinal, com recurso a cânula para libertação dos gases intestinais;

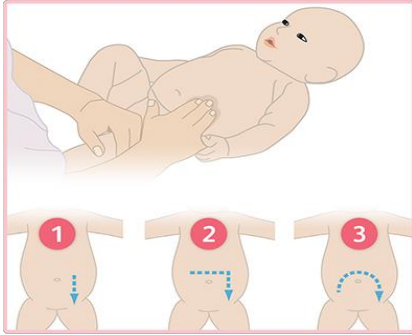


Figura nº 9 – Massagem Abdominal

Fonte: <https://www.cjry.ca/event/gentle-baby-massage-class-3/>

- Mudar o RN de ambiente, de preferência para um ambiente calmo e relaxante;
- Musicoterapia;
- Evitar que os pais/cuidadores fumem perto do latente;
- Intervenções farmacológicas segundo prescrição médica, nomeadamente a administração retal de glicerina e de analgésicos, e a administração oral de antiespasmódicos, analgésicos, anti-histamínicos, antiflatulentos, sedativos e de chá de camomila.

## 5. SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO LATENTE

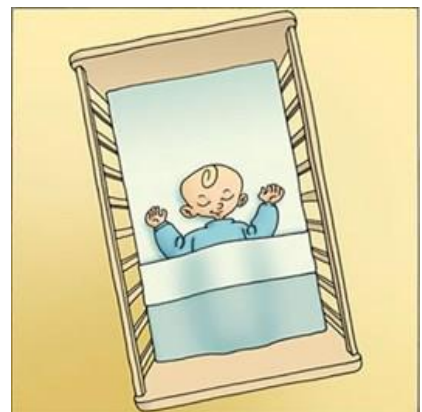
A síndrome de morte súbita no latente é um termo utilizado para descrever qualquer morte súbita e inexplicável que não se consegue explicar após a investigação do caso, incluindo investigação do cenário, autópsia e revisão da história clínica. Acontece, habitualmente, durante um período de sono não observado (Moon, 2016).

### Fatores de risco associados:

- Posição durante o sono:
  - Decúbito ventral; posição lateral
- Cama partilhada;
- Uso de roupa de cama como cobertores e almofadas;
- Superfície da cama: sofás, carrinhos, cadeirinhas;
- Mães fumadoras;
- Prematuridade.

### Prevenção:

- Posicionamento em decúbito dorsal, numa superfície firme, sem roupa de cama, almofadas e posicionadores e evitar o sobreaquecimento;
- Partilha de quarto sem partilha de cama, pelo menos até aos primeiros 6 meses e idealmente até ao primeiro ano de vida;
- Uso de chupeta;
- Evitar o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas durante e após a gravidez, pela mãe;
- Evitar o uso de monitores e outros produtos vendidos para a prevenção do Síndrome de Morte Súbita no Latente (SMSL);
- Amamentação sempre que possível e pelo máximo de tempo;
- Cuidados maternos pré-natais de rotina e imunização da criança.



Fonte: <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>

## 6. BIBLIOGRAFIA

Aguilar, T. (2015) *Manejo adecuado del cólico del lactante en atención primaria: revisión del tratamiento efectivo*. Revista Cuidándote digital. Vol. XI, 3er trimestre. Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga.

Almeida, S. (2018) *Diarreia aguda e crónica*. Lições de Pediatria. Pombalina Coimbra University Press- Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:org/10.14195/978-989-26-1300-0\_23

Amador, A.; Fernandes, A.; Fernandes, C.; Guimarães, F. (2012) *Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediátrica Portuguesa. 43(2):59-62

Amir, L. (2014) The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised; BREASTFEEDING MEDICINE; Volume 9, Number 5.

Barbosa, M.; Ferreira, S. Moreira, J. (2017) *S. Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência*. Rev Port Med Geral Fam; 33:41-7.

Bertolo, H.; Levy, L. (2012) Manual de aleitamento materno; Comité português para a UNICEF.

Brandt K., Castro Antunes M.; Silva G. (2015) *Acute diarrhea: evidence-based management*. Jornal de Pediatria; 91:36-43.

Cardoso, N. (2017) *A abordagem pedagógica no desenvolvimento de competências dos enfermeiros na amamentação*. Nursing. Edição Portuguesa.

Carlin, F & Moon R. (2017) *Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome, A Review*. JAMA Pediatrics. 171(2):175-180. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3345

Castilho, S.; Franco, C.; Graça, A. & Marques, J. (2018) *Transmissão de Infecções pelo Aleitamento Materno*. Acta Pediatrica Portuguesa. 49:243-52 DOI: 10.21069

Clínica Universitaria de Navarra (2015). *Cólico del lactante*. <http://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/colico-lactante>.

Cuestasb, G.; D'Aquilac, M.; D'Aquilad, J. & Rodriguez, H. (2016) Algoritmo para el manejo de la obstrucción nasal en neonatos y lactantes. Arch Argent Pediatric 114(5):477-484

Direção Geral da Saúde (2012). Bronquiolite: folheto informativo para pais e cuidadores.

Direção Geral da Saúde (2015). Norma: Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica.

Direção Geral da Saúde (2017). Febre na criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores.

Direção Geral da Saúde (2013). Orientação da Direção Geral da Saúde - Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar.

Fernandes, J.; Machado, M. & Oliveira, Z. (2011) Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v.86, n.1, 102-110.

Ferreira, C; Sousa, S; Soares, C; Lima, L; Barreto, C. (2017) *Composição do leite humano e sua relação com a nutrição adequada à recém-nascidos pré-termos*. *Temas em Saúde*; v.17, n.1, João Pessoa.

González, P. (2011) *Enfermería en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed, Vol I e Vol II. Lusociência – Edições; Técnicas e Científicas.

Moon R. (2016) Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 13(5). doi:10.1542/peds.2016-2938

Ortega, E. & Barroso, D. (2013) *Flashes pediátricos*. *Revista Pediatría Aten Primaria Supl.* (22), 81-7.

Santos, T.; Dittz, E. & Costa, P. (2012) Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem Cent.O.Min.* V.2, nº 3, 438-450.

Sassa, A.; Schimidt, K.; Rodrigues, B.; Ichisato, S.; Higarashi, I.; Marcon, S. (2014) *Bebes pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V.67, nº 4, 594-600.

Stewart, D. & Benitz, W. (2016) *AAP COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant*. *Pediatrics*. 138(3).

Silva, R.; Souza, N.; Silva, R.; Silva, J.; Ladisláo, N. & Oliveira, S. (2014) O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. V. 16, Nº 3, 535-41.

Sociedade Brasileira de Pediatria (2014). Consenso de Cuidado com a Pele do Recém-Nascido.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). Consenso clínico – Cuidados cutâneos no recém-nascido.

United Nations Children's Fund (2018) Breastfeeding: A mother's gift for every child; <https://www.unicef.pt/media/1409/breastfeeding-report-final.pdf>

World Health Organization (2013) Recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

World Health Organization (2016) GUIDELINE: UPDATES ON HIV AND INFANT FEEDING - The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among

mothers

living

with

HIV;

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf;jsessionid=3EB3A07A103698793E6D371ADB973E5E?sequence=1>



## APENDICE II - Dossier Temático



# A alta em Neonatologia:

Contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido

## Dossier Temático

Elaboração: Enfermeira Ana Cristina Bravo

Orientação: Prof<sup>a</sup> Coordenadora Gabriela Calado

## Conteúdo

<b>LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS .....</b>	<b>3</b>
<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. ALEITAMENTO MATERNO .....</b>	<b>5</b>
1.1 Contraindicações da Amamentação .....	5
1.2 Fisiologia da Amamentação .....	6
1.3 Duração da Mamada .....	7
1.4. Principais Problemas e Resolução .....	8
1.5 Manipulação e Conservação do Leite Materno .....	10
<b>2. CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO .....</b>	<b>11</b>
2.1 Banho .....	11
2.2 Área da Fralda .....	11
2.3 Coto Umbilical .....	13
<b>3. PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS COMUNS NO RECÉM-NASCIDO .....</b>	<b>14</b>
3.1 Febre .....	14
3.2 Dificuldade respiratória .....	16
3.3 Diarreia .....	17
<b>4. AS CÓLICAS NO RECÉM-NASCIDO .....</b>	<b>19</b>
<b>5. SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO LATENTE .....</b>	<b>22</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>23</b>
<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>1. ALEITAMENTO MATERNO .....</b>	<b>30</b>
2.2 Área da fralda .....	38
3.1 Febre .....	42

## LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

DGS – Direção-Geral de Saúde

GEA – Gastroenterite Aguda Infeciosa

HTLV-1 – Vírus T-linfotrópico humano tipo 1

HTLV-2 – Vírus T-linfotrópico humano tipo 2

LM- Leite materno

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – recém-nascido

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SMSL – Síndrome de Morte Súbita no Latente

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

## **0. INTRODUÇÃO**

Este dossier temático foi elaborado pela aluna Ana Cristina dos Santos Moreira Bravo, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Saúde Infantil e Pediatria e insere-se no desenvolvimento do projeto de estágio com a temática: “A alta em neonatologia”.

Com este documento pretende-se dotar a equipa de enfermagem de fundamentos técnico-científicos atualizados, para a alta hospitalar do recém-nascido, a fim de capacitar os pais/cuidadores de forma transversal e coerente.

O dossier temático foi desenvolvido após levantamento de necessidade efetuado em conjunto com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, tendo sido posteriormente aplicado um questionário a toda a equipa de enfermagem de forma a avaliar a pertinência do projeto e a escolha das temáticas a incluir.

O Dossier temático pretende completar o documento “A alta em Neonatologia: Contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido”, disponível para consulta que contém orientações técnico-científicas de forma mais resumida e de consulta rápida.

## 1. ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é um fenómeno complexo que, ao longo do tempo, tem sofrido diversas influências histórico-culturais (Cardoso, 2017).

Há cerca de um milhão de anos, o aleitamento materno assegurou a sobrevivência da espécie humana, não havendo qualquer substituto. No período do século XIII ao XVIII, surgiram as amas de leite porque a recusa da amamentação era um símbolo de estatuto social. No século XVIII, as elevadas taxas de mortalidade infantil foram associadas às amas de leite, sem qualquer fundamento científico, incitando um movimento de defesa ao aleitamento materno, tornando-se um dever da mulher para com a família. No final do século XIX, em situações de impossibilidade materna, recorreu-se ao uso de leite de animais (burra, cabra ou vaca). No início do século XIX e XX, verificou-se declínio do aleitamento materno, em consequência da industrialização, do avanço tecnológico, da emancipação da mulher, da reestruturação do agregado familiar, com perda da família alargada e do desenvolvimento das indústrias produtoras de leite artificial (Cardoso, 2017).

Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo é recomendado até aos seis primeiros meses de vida, sendo considerado o modo mais natural e seguro de alimentação para o neonato. Vários são os aspetos que podem tornar o leite humano particularmente adequado, como a facilidade de digestão deste tipo de leite pelo neonato favorecendo o ganho de peso, redução do risco de enterocolite necrotizante, proteção imunológica e redução da mortalidade (Ferreira et al., 2017).

Especificamente para os bebés pré-termo, o aleitamento materno pode trazer mais algumas vantagens, pois as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano favorecem a maturação gastrointestinal, o fortalecimento do vínculo mãe-filho, aumento no desempenho neuro psicomotor, proteção antioxidante, menor incidência de infeções, menor tempo de hospitalização e menor incidência de reinternamentos (Sassa et al., 2014).

Sabe-se que das mães de neonatos de termo e pré-termo difere na sua composição, por isso, deve-se a preferência ao uso do leite da própria mãe para alimentar o filho prematuro. Os estudos revelam que o leite produzido pela mãe do neonato pré-termo é mais concentrado em proteínas, sódio, cálcio, lípidos, calorias, eletrólitos, minerais e várias propriedades anti-infecciosas (Silva et al., 2014).

Existem alguns fatores que favorecem o declínio da prática da amamentação em prematuros, de entre os quais: a falta de contato precoce entre mãe e filho, a ausência do estímulo à amamentação na sala de parto e a permanência prolongada do pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Santos et al., 2012).

A UNICEF e a OMS recomendam: início da amamentação na primeira hora de vida; amamentação exclusiva, sem oferta de outros fluidos, durante os primeiros 6 meses de vida; após os 6 meses início da alimentação complementar, mantendo a amamentação até aos 2 anos de idade ou mais; amamentação em livre demanda: deve ser oferecida ao bebé sempre que ele pedir, de dia e de noite (UNICEF, 2018).

Para que a amamentação tenha sucesso e decorra sem intercorrências, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação (Bertolo & Levy, 2012).

## **1.1 Contraindicações da Amamentação**

Em Portugal, os únicos casos que constituem contraindicação absoluta para evicção total são infeção por VIH tipos 1 e 2 e Vírus T-linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) e tipo 2 (HTLV-2) (Castilho et al., 2018).

No caso da transmissão pós-natal do citomegalovirus através do leite a RN pré-termo, existe ainda grande controvérsia quanto ao seu significado clínico a curto e longo prazo, assim como na aplicação de medidas preventivas e de rastreio, constituindo uma situação em que a decisão deve ser individualizada (Castilho et al., 2018).

A decisão de continuação ou suspensão do aleitamento materno em situação de infeção materna deve ser ponderada caso a caso, de acordo com a patologia em causa, a possibilidade de utilização de medidas e tratamentos que minimizam o risco de transmissão, a capacidade de respeitar um período curto de evicção, a situação socioeconómica e o desejo da mãe (Castilho et al., 2018).

Quando existe dúvida sobre a possibilidade de utilizar um fármaco durante o período da amamentação podem ser consultados sites de referência: e-lactancia.org ([www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)), LactMed ([www.toxnet.nlm.nih.gov](http://www.toxnet.nlm.nih.gov)), SIMeG (Portugal).

## **1.2 Fisiologia da Amamentação**

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite. A maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, o que faz com que a mama produza

leite para a mamada seguinte – quanto mais o bebê suga mais leite é produzido (Bertolo & Levy, 2012).

A prolactina tem maior produção à noite, portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite (Bertolo & Levy, 2012).

Quando um bebê suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina. A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite coletado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção. (Bertolo & Levy, 2012).

Sentimentos agradáveis como sentir-se contente com o seu bebê, ter prazer com o bebê, tocá-lo, olhar ou mesmo ouvir o bebê chorar podem ajudar o reflexo da ocitocina. Se uma mãe está separada do bebê entre as mamadas, o reflexo da ocitocina pode não funcionar facilmente (Bertolo & Levy, 2012).

Figura nº1 – Fisiologia da Lactação



Fonte: <https://quiteriachagas.com/2015/10/27/os-problemas-na-amamentacao/>

Existem três principais reflexos do bebê relacionados com a amamentação: o reflexo de busca e preensão, o de sucção e o de deglutição. Quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebê, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O bebê põe a língua para baixo e para fora. Este é o reflexo de busca e preensão. Quando alguma coisa toca o palato do bebê, ele começa a sugar e, quando a sua boca se enche de leite, ele deglute (Bertolo & Levy, 2012).

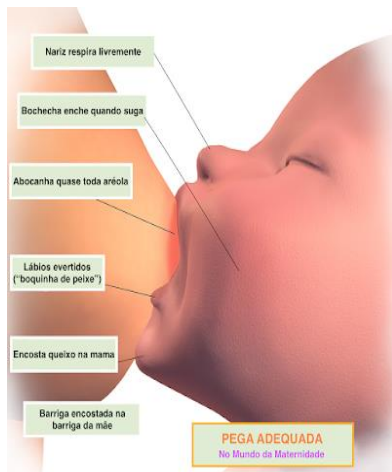


Figura nº2 – Pega Adequada na Mama

Fonte: <http://nomundodamaternidade.com.br/2012/06/amamentacao>

Uma mãe tem de aprender como segurar a sua mama e posicionar o bebê, para que ele pegue bem na mama. O bebê tem de aprender como pegar na mama para ter uma sucção eficaz (Bertolo & Levy, 2012).

### 1.3 Duração da Mamada

A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebês mamam 90% do que precisam em 4 minutos. Alguns bebês prolongam mais as mamadas, por vezes até 30 minutos ou mais. (Bertolo & Levy, 2012)

Uma mãe pode perceber se o bebê está mesmo a mamar quando constata que a sucção é mais lenta do que com uma chupeta, quando verifica que o bebê enche as bochechas de leite ou, muitas vezes, quando ouve o bebê a engolir o leite.

O horário não é o mais importante: o bebê deve ser alimentado quando tem fome – chama-se a isto o regime livre, não se devendo impor ao bebê um regime rígido. No entanto, não se deve deixar o bebê dormir mais de 3 horas durante o primeiro mês de vida (Bertolo & Levy, 2012).

O que é importante é que o bebê esvazie uma mama em cada mamada; o bebê deve primeiro esvaziar a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama; chupar e esvaziar a mama é o segredo para uma maior produção de leite (Bertolo & Levy, 2012).

### 1.4. Principais Problemas e Resolução

#### Ingurgitamento mamário



Quando o leite “desce”, por volta do 2º/3º dia, as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras, devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos da mama. A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa, em regra, os 38°C, durante 24 horas. Pode dar de mamar com frequência para retirar o leite, ou retirá-lo manualmente ou com bomba. Depois de alguns dias, sentirá as mamas vazias e confortáveis. Algumas vezes, especialmente se o leite não é retirado em quantidade suficiente, as mamas podem ficar ingurgitadas. Nesta situação as mamas ficam tensas, brilhantes e dolorosas, e pode ser difícil retirar o leite. A aréola está tensa e é difícil para o bebê agarrar uma quantidade suficiente da mama para poder sugar. A mama pode ficar infectada porque o leite não é drenado e, especialmente, se a mãe tem fissuras nos mamilos (Bertolo & Levy, 2012).

Para tratar o ingurgitamento: retirar o leite da mama, colocando o bebê a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba (lavar as mãos cuidadosamente antes de tocar nas mamas); quando conseguir retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebê poderá sugar mais eficazmente; se o bebê não consegue mamar, a mãe deve retirar o leite para um copo (manualmente ou com bomba) e dá-lo ao bebê; deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça (Bertolo & Levy, 2012).

### Ductos Bloqueados

Pode acontecer que alguns destes canais fiquem obstruídos, possivelmente por leite espesso. Pode sentir um nódulo doloroso numa parte da mama, e o local ficar avermelhado. A mulher não tem febre e sente-se bem (Bertolo & Levy, 2012).



Figura nº3 – Ductos Bloqueados

Fonte: <http://blog.casadadoula.com.br/2018/01/30/mastite/>

Esta situação tem como causas prováveis o uso de roupas apertadas (soutien), uma pancada na mama, ou porque a criança não suga daquela parte da mama (Bertolo & Levy, 2012).

Para tratar o ducto bloqueado: a mãe deve amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama; pode fazer uma leve pressão, com os dedos, no sentido do

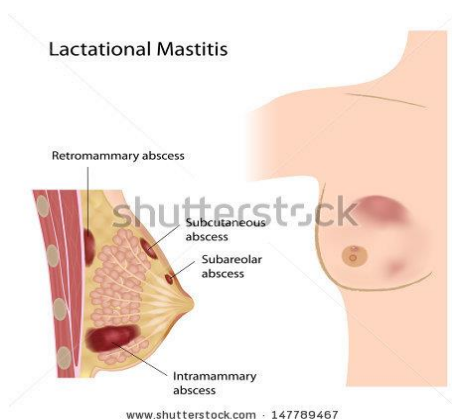
mamilo para ajudar a esvaziar aquela parte da mama; a mãe deve usar roupas largas e um soutien que apoie, mas não comprima (Bertolo & Levy, 2012).

### Mastite

A mastite é uma complicação comum nas mulheres que amamentam. Os sintomas são uma parte da mama quente, inchada e dura, associada a temperatura corporal superior a 38,5°C. É definida com uma inflamação da mama podendo ter envolvimento, ou não, bacteriano. Pode ir desde uma simples mastite a um abscesso infectado (Amir & The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2014).

A estase de leite nos ductos mamários é frequentemente um dos fatores. Um dos principais passos do tratamento é a extração do leite: as mães devem ser encorajadas a amamentar com mais frequência e a iniciar na mama afetada; se a dor estiver a influenciar o fluxo de saída do leite, pode começar pela mama não afetada e oferecer posteriormente a mama afetada; o bebê deve ser posicionado com o queixo ou o nariz em cima da zona afetada para ajudar a drenar; massajar a mama durante a amamentação, em cima da área bloqueada, em direção ao mamilo, podendo ser feito pela mãe ou por outra pessoa; após a mamada realizar extração do leite manualmente ou com bomba para ajudar a drenar o leite residual (Amir & The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2014).

O repouso, hidratação e nutrição adequados são importantes no tratamento. A aplicação de calor, compressas ou banho quente, antes da mamada; depois da mamada ou extração, pode ser aplicado gelo para reduzir a dor e o edema (Amir & The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2014). O médico assistente indicará quais os medicamentos que a mãe deve tomar (Bertolo & Levy, 2012).



Fonte: [www.shutterstock.com/de/image-vector/mastitis-crosssection-](http://www.shutterstock.com/de/image-vector/mastitis-crosssection-)



Fonte: [blog.casadadoula.com.br/2018/01/30/mastite](http://blog.casadadoula.com.br/2018/01/30/mastite)

### Mamilos dolorosos e/ou com fissuras

A causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna (pega incorreta). Por vezes a pele do mamilo parece completamente normal, outras vezes nota-se uma fissura na extremidade ou na base do mamilo (Bertolo & Levy, 2012).

Muitas vezes, a criança continua a mamar em má posição durante alguns dias, o que pode causar lesão do mamilo. O mamilo pode ficar com fissuras, o que pode favorecer a entrada de micróbios e causar infeção – mastite (Bertolo & Levy, 2012).

Colocar a criança numa posição correta (cabeça em linha reta com o corpo, face de frente para o mamilo); verificar sinais de boa pega do bebé; pode iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso; aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada – isto facilita a cicatrização; a mãe deve expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas; Se a dor é tão intensa que mesmo melhorando a pega do bebé não desaparece, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé com copo ou colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize (Bertolo & Levy, 2012).

## **1.5 Manipulação e Conservação de Leite Materno**

O leite materno (LM) deve ser imediatamente colocado no frigorífico depois de recolhido e conservado a uma temperatura igual ou inferior a 4°C durante um período máximo de 48h; o LM proveniente do domicílio, deve ser transportado para o local de consumo em saco isotérmico com termoacumulador; o transporte do LM das unidades clínicas para a copa de leites deve ser rápido (inferior a 10 minutos) e transportado em saco/caixa isotérmico com termoacumulador; a refrigeração e a congelação devem ser efetuadas em recipientes de plástico duro (polipropileno ou policarbonato) ou vidro, preenchidos até um máximo de  $\frac{3}{4}$  do volume; o LM pode manter-se congelado a - 20º C até seis meses. Mesmo congelado, o LM dentro das condições e dos prazos recomendados, continua a ser um alimento de qualidade superior. Não havendo garantia de uma congelação a - 20º C, o tempo de conservação por este método, não deve exceder 2 a 3 semanas; o LM congelado deve ser descongelado em frigorífico, a uma temperatura igual ou inferior a 4°C e administrado no prazo de 24h; não deve ser utilizado banho-maria nem micro-ondas para descongelar o LM; se o LM descongelado for deixado à temperatura ambiente, deve ser usado dentro de uma hora após descongelação (DGS, 2013).

### Administração do Leite Materno

O LM acabado de extrair deve ser preferido sobre o previamente congelado para administração ao RN, salvo indicação médica; a administração em bólus é preferencial, desde que possível, sobretudo no recém-nascido prematuro; as seringas para administração em débito contínuo devem ser substituídas de 2/2h; o leite administrado por bomba infusora em débito contínuo, não deve permanecer à temperatura ambiente mais do que 2h, se tiver sido aquecido previamente, ou mais de 4h sem pré-aquecimento; as seringas e os prolongamentos adaptados às sondas gástricas devem ser substituídos a cada administração do leite; todas as sobras de leite são obrigatoriamente rejeitadas (DGS, 2013).

Em caso de necessidade de apoio/esclarecimento de dúvidas, existe o projeto “Vamos dar de mamar”, que é um projeto da Ajuda de Mãe com a parceria da Associação SOS Amamentação e com o apoio da DGS, com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Pode ser contactado através do nº 213880915 ou [www.vamosdardemamar.org](http://www.vamosdardemamar.org)

## **2. CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO**

### **2.1 Banho**

A pele cria uma barreira para minimizar a perda de fluidos e eletrólitos, proteger contra as infecções, impedir a absorção de substâncias tóxicas e permitir a termorregulação. No prematuro, a epiderme é mais fina, as fibras elásticas e de colagénio são imaturas e o tecido celular subcutâneo é escasso. As características estruturais e funcionais de imaturidade cutânea são proporcionais ao grau de prematuridade. Consequentemente, há aumento da perda de calor, da perda de água, da absorção percutânea e, consequentemente, maior risco de infecções e de toxicidade sistémica (SPN, 2014).

No RN, o banho pode levar a hipotermia, aumento do consumo de oxigénio, stress respiratório e alteração dos sinais vitais, em função disto deve ser corretamente realizado, em sala aquecida, com tranquilidade e segurança (SBP, 2014).

O tipo de banho eleito é o de imersão, quando exequível, dado que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais. A temperatura ideal é de 37°C e com uma duração inferior a 5 minutos. Deve ser usada apenas água fervida ou soro fisiológico. O couro cabeludo deve ser limpo da mesma forma que o resto do corpo (SPN, 2014).

No prematuro o banho deve ser feito exclusivamente com água potável ou fervida, ou soro fisiológico, de 4/4 dias (SPN, 2014).

No RN de termo a frequência ótima situa-se no banho diário ou dias alternados adicionando ou não substâncias de acordo com os requisitos do banho pretendido. De facto, neste período as crianças vulgarmente não estão expostas à sujidade; praticamente é só a mãe que contacta com o RN e a maioria das secreções são solúveis em água (SPN, 2014).

Os agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos do bebé, nem altere o manto ácido protetor da superfície cutânea (Fernandes et al., 2011).

### **2.2 Área da fralda**

A irritação na área da fralda é causada pelo contacto prolongado com urina e fezes (substâncias químicas e enzimas), calor, humidade e fricção. Manter a área da fralda seca é a chave para a prevenção das dermatoses desta zona (SPN, 2014).

A erupção da dermatite da fralda ocorre principalmente em superfícies convexas ou nas pregas cutâneas e as lesões podem representar uma variedade de tipos e configurações. As erupções envolvem normalmente a pele em maior contacto íntimo com a fralda. No entanto, as lesões que não envolvem as pregas são suscetíveis de serem causadas por agentes químicos irritantes, especialmente a partir da urina e fezes. Outras causas são os detergentes ou sabões nas fraldas de pano lavadas inadequadamente ou os químicos em fraldas descartáveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

O envolvimento perineal é, geralmente, o resultado da irritação química das fezes, especialmente as fezes diarreicas (Hockenberry & Wilson, 2014).

A infecção a *Candida Albicans* produz lesões confluentes, vermelhas vivas, com os limites em relevo e, muitas vezes, com lesões satélite. A zona infetada, inclui as pregas e é dolorosa (Hockenberry & Wilson, 2014).

O tratamento destinado à prevenção da dermatite da fralda, inclui medidas tais como (Hockenberry & Wilson, 2014):

- evitar a exposição prolongada a urina e fezes;
- usar fraldas descartáveis superabsorventes para reduzir a humidade da pele;
- se usar fralda de pano, usar apenas involucrio protetor que permita que o ar circule e evitar cuecas de borracha de contenção da fralda;
- expor a pele ligeiramente irritada, ou saudável, ao ar para secar completamente;
- aplicar uma pomada barreira, especialmente se a pele estiver muito vermelha ou húmida nas zonas abertas;
- evitar remover a pomada barreira da pele a cada muda de fralda, remover os resíduos e reaplicar a pomada barreira;
- para remover completamente a pomada barreira usar óleo mineral;
- evitar o excesso de lavagem da pele, especialmente com sabonetes perfumados ou toalhetes comerciais que podem ser irritantes;
- evitar a utilização de pé de talco no latente, que apesar de ajudar a manter a pele seca, é perigoso se inalado;
- limpar cuidadosamente as fezes usando água e um purificador neutro e sem fragrância.

Para inflamações que não respondem a estas intervenções, são por vezes necessárias preparações de glucocorticoides tópicos. Os antifúngicos tópicos são utilizados para tratar infeções por *Candida Albicans* (Hockenberry & Wilson, 2014).

Alertar os pais para a frequência normal dos RN em termos de micções e dejeções. Frada molhada 5 ou 6 vezes por dia até aos 14 dias de vida e depois 6 a 10 por dia. Fezes: pelo menos uma dejeção moldada a cada 48 a 72 horas (biberão) ou duas a três por dia (leite materno) (Hockenberry & Wilson, 2014)

## **2.3 Coto Umbilical**

A infeção pós-parto continua a ser uma das causas mais comuns de morbilidade e mortalidade neonatal em todo o mundo. Uma grande percentagem dessas infeções pode surgir de colonização bacteriana do coto umbilical, dado que os cuidados ao coto variam conforme as tradições culturais nas comunidades, existindo disparidades de cuidado em todo o mundo (AAP, 2016).

Após o nascimento, a desvitalização do cordão umbilical é frequentemente um substrato ideal para o crescimento de bactérias e um acesso direto à corrente sanguínea do bebé. A colonização bacteriana, leva com alguma frequência à onfalite e tromboflebite associada, celulite e fascíte necrosante (Stewart & Benitz, 2016).

Os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de onfalite incluem: nascimento em casa não planeado ou parto infetado, baixo peso á nascença, rutura de membranas prolongado, cateterização umbilical e corioamnionite (Stewart & Benitz, 2016).

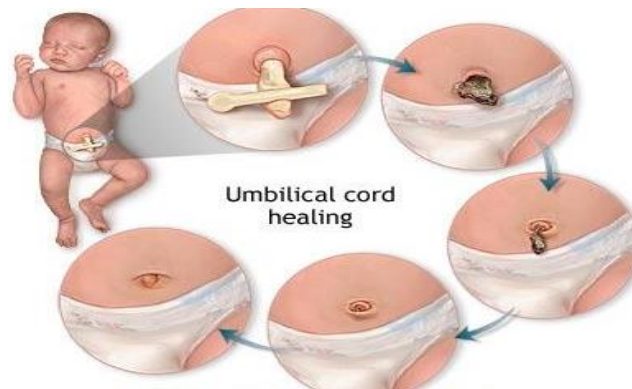
No momento do nascimento um aspeto húmido, branco azulado. Depois de clampado começa a seca e torna-se amarelo acastanhado escuro. Vai progressivamente diminuindo de diâmetro e tornando-se preto esverdeado. O tempo médio de separação é de 5 a 15 dias e são necessárias mais umas semanas para que a base do cordão cicatrize completamente depois da separação. Nesta fase, o cuidado consiste em limpar e secar, observando cuidadosamente a presença de sinais de infeção (Hockenberry & Wilson, 2014).

A aplicação de antimicrobianos no coto umbilical não fornece benefícios claros em ambiente hospitalar ou em países desenvolvidos, onde a redução de colonização bacteriana pode ter como consequência não intencional, o desenvolvimento de bactérias de espécies mais virulentas. Nos países desenvolvidos, tem havido um afastamento ao uso de antimicrobianos tópicos por esta razão (Stewart & Benitz, 2016).

Os estudos que apontam para uma vantagem da utilização de antissépticos são, na sua maioria, realizados em países subdesenvolvidos, com elevadas taxas de mortalidade neonatal e em partos não hospitalares – uma realidade diferente da portuguesa na atualidade (Barbosa et al., 2017).

A OMS defende a aplicação do método *dry care* nos cuidados ao coto umbilical do RN, ou seja, manter o coto limpo e seco, sem aplicação de qualquer soluto, nomeadamente, antissépticos, antibióticos e corantes, deixando o coto umbilical exposto ao ar, no caso de este ficar sujo, só é limpo com água (WHO, 2013).

Figura nº 6 – Processo de Queda do Coto Umbilical



Fonte: <https://www.newbornhub.com/umbilical-cord.html>

Na preparação para a alta, o ensino aos pais sobre sinais e sintomas de onfalite diminuiu significativamente a morbilidade e provável mortalidade (Stewart & Benitz, 2016).



### 3. PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS COMUNS NO RECÉM-NASCIDO

#### 3.1 Febre

Uma temperatura elevada, mais frequentemente por febre, mas ocasionalmente por hipertermia, é um dos sintomas mais comuns de doença na criança. A maioria das febres em crianças são de curta duração, com consequências limitadas e são de origem viral. Nem o aumento da temperatura, nem a sua resposta aos antipiréticos indica a gravidade ou a etiologia da infeção (Hockenberry & Wilson, 2014).

##### Avaliação da temperatura (DGS,2017):

A partir da 2ª ou 3ª semana de vida, a temperatura poderá ser medida no reto ou na axila. A medição retal é o método mais rigoroso e o que melhor corresponde à temperatura central. A técnica consiste em introduzir o termómetro digital de ponta flexível ou o de *galinstan* no ânus (pelo menos 3 cm) e esperar pelo 1º toque (demora média de 37 + 14 segundos).

Considerar febre:

- Temperatura retal  $\geq 1,0^{\circ}\text{C}$  acima da temperatura média individual;
- Temperatura retal  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ .

A medição axilar é o método mais usado e prático, embora não seja tão preciso como o retal, sendo geralmente diferente de uma axila para a outra axila (média  $0,4 + 0,3^{\circ}\text{C}$ , sendo  $>0,7^{\circ}\text{C}$  em 15% das avaliações ao 1º toque e de  $0,3 + 0,2^{\circ}\text{C}$  aos 5 minutos) e com 25% de falsos negativos para febre ao 1º toque comparativamente à avaliação retal.

Para uma avaliação correta, após colocar-se o termómetro digital (desligado) na axila (de preferência para a do lado em que o doente está recostado ou virado), devendo manter-se o braço sempre firmemente encostado ao tronco durante 5 minutos, após os quais se deve ligar então o termómetro e esperar pelo apito.

Considerar febre:

- Temperatura axilar  $\geq 1,0^{\circ}\text{C}$  acima da temperatura média individual basal;
- Temperatura axilar  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ , com a leitura aos 5 minutos.

##### Medidas antipiréticas e de alívio do desconforto (DGS,2017)

- Manter temperatura ambiental entre  $20,0^{\circ}\text{C}$  e  $22,0^{\circ}\text{C}$ ;

- Adequar o vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento, mas mantenha o conforto;
- Oferecer água ou leite (latentes);
- Alimentar sem forçar;
- Por rotina não usar meios físicos para baixar a temperatura na febre (exemplo banho tépido);
- Os medicamentos antipiréticos não são necessários se a criança estiver confortável;
- De um modo geral temperaturas axilares, orais ou timpânicas superiores a 38,5°C ou retais superiores a 39,0°C causam desconforto.

Na criança que mantém a temperatura elevada com desconforto, e após a aplicação das medidas gerais, poderá ser efetuada a seguinte medicação:

- PARACETAMOL como fármaco de 1.ª linha: intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas; máximo de 5 tomas diárias;
- Ibuprofeno (a partir dos 6 meses): usado na alergia ao paracetamol e/ou não resposta ao paracetamol ou recorrência da febre com desconforto, antes do tempo mínimo de nova administração (4 horas).

#### Sinais e sintomas a vigiar (DGS, 2017)

##### **Vigiar o estado geral e de conforto:**

- Mantém a sua aparência habitual ou tem uma cor diferente na pele e/ou nas mucosas? Surgiu palidez nas últimas horas ou ficou cianosada, mesmo transitoriamente?
- Mantém o seu comportamento habitual ou está irritável ou prostrada (“prostração é a criança comportar-se acordada como se estivesse a dormir”)?
- Tem choro débil, pouco audível ou antes choro inconsolável?
- Está excessivamente sonolenta ou, pelo contrário, não consegue fazer um sono descansado?
- Está inconsolável, mesmo no colo e após antipirético?

##### **Sinais de alerta que acompanham a febre:**

- Convulsão;
- Olhar triste, de sofrimento, com pálpebras persistentemente entreabertas;

- Prostração mantida: se a criança “estando acordada, se comporta com se estivesse a dormir”, permanecendo alheia ou quase alheia à presença dos pais ou indiferente a estímulos habitualmente fortes para elas;
- Sonolência excessiva e prolongada ou pelo contrário, sono muito perturbado, com incapacidade adormecer e/ou em fazer sonos repousantes normais;
- Choro débil, pouco audível, ou choro inconsolável para além de 2 a 3 horas e que não melhora significativamente com o analgésico;
- Gemido constante;
- Aparecimento de manchas na pele sobretudo nos primeiros dois dias de febre;
  - Exantema macular, fixo ou evanescente (transitório), com lesões dispersas no 1º dia de febre numa criança prostrada ou “que não está bem”;
  - Exantema macular disperso, especialmente com lesões com um ponto central tipo picada, que não desaparece à digitopressão (exantema petequial);
  - Manchas purpúricas que não desaparecem à digitopressão;
  - Manchas vermelhas difusas tipo queimadura do sol, e ásperas ao deslizar da mão, que se iniciaram nos primeiros 2 dias de febre, sobretudo no tronco, raiz dos membros e no períneo.
- Dificuldade na mobilização e flexão do pescoço, com rigidez;
- Dor no pescoço ou nos membros com redução de mobilidade;
- Dor específica, mantida e perturbadora;
- Recusa em estar ao colo, preferindo estar deitado na cama;
- Calafrios (tremores generalizados com tiritar dos dentes) prolongados na subida térmica;
- Cianose ou acrocianose na subida térmica;
- Alteração da respiração:
  - Respiração entrecortada intermitente (hhhaam... hhhaam...hhhaam...);
  - Respiração acelerada (>50 ciclos respiratórios por minuto (crpm) nos primeiros 12 meses de vida; >40 crpm depois do 1º ano de vida) avaliada mais de 2 horas após o antipirético e com a criança calma ou a dormir;
  - Sinais de dificuldade respiratória (> 2 seguintes sinais: polipneia, adejo nasal, gemido expiratório, tiragem, cianose).
- Desconforto na micção, urina com mau cheiro e/ou com cor turva ou diferente do habitual;

- Alteração na mobilidade dos membros: dor na mobilização ou na carga, incapaz de caminhar;
- Vômitos repetidos fora das refeições e/ou diarreia profusa e persistente;
- Recusa total de alimentação, incluindo os líquidos, mais de 2 refeições consecutivas;
- Sede intensa não saciável.

Atitude a tomar perante a criança em vigilância (DGS, 2017):

**Recorrer aos serviços de saúde, independentemente do dia de febre, se:**

- Evidência de algum dos sinais de vigilância descrito acima em ponto 1;
- Idade < 3 meses (inferior a 3 meses de idade corrigida se a criança nasceu prematura);
- Temperatura axilar  $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$  ou retal  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ , se idade inferior a 6 meses;
- Temperatura axilar  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$  ou retal  $\geq 41,0^{\circ}\text{C}$ , após os 6 meses de idade;
- Febre em criança com patologia crónica grave debilitante (malformações cardíacas, imunodeficiência, medicação crónica com imunossuppressores, cancro em quimioterapia);
- Febre com duração superior a 5 dias completos ou reaparecimento de febre após 2 a 3 dias de apirexia.

**Aguardar o recurso aos serviços de saúde**, com mais tranquilidade, mantendo a vigilância pelos pais se:

A criança evidencia os sinais/sintomas tranquilizadores:

- Brinca e tem atividade normal;
- Come menos mas não recusa os alimentos líquidos;
- Tem sorriso aberto ou fácil;
- Acalma ao colo e fica com o comportamento quase habitual;
- Na presença dos sinais/sintomas tranquilizadores acima citados e sem nenhum dos sinais de alerta da alínea b) do ponto 1, são sinais sugestivos de infeção “benigna”;
- Tosse como sintoma predominante;
- Odinofagia com placas brancas;
- Gengivas dolorosas, vermelhas ou sangrantes;
- Aftas orais;

- Odinofagia associada a olhos vermelhos e/ou a tosse;
- Olhos vermelhos com exsudado;
- Diarreia ligeira a moderada sem sangue, muco ou pus;
- Pieira audível sem dificuldade respiratória ou polipneia ligeira;
- Manchas vermelhas dispersas, incontáveis, que surgem a partir do 4º dia de febre, em criança com melhoria clínica da febre ou já apirética.

Embora estas manifestações possam ser desconfortáveis para a criança, a sua presença é, de certo modo, tranquilizadora, sugerindo uma etiologia viral e/ou bacteriana autolimitadas.

**Não são sinais de gravidade, desde que não associados a nenhum sinal de alerta os seguintes sinais:**

- A temperatura não voltar ao normal, mesmo com antipiréticos (considera-se que o antipirético foi eficaz se baixar de 1,0°C a 1,5°C a temperatura máxima prévia);
- Picos da febre com intervalos inferiores a 4 horas;
- Febre com duração até 5 de dias;
- A criança ficar mais parada, mais caída, mas consegue estar sentado no colo e/ou sair da cama sozinha;
- Dormir mais do que o habitual, desde que não “excessivo”;
- Comer pouco, mas aceita o leite e/ou outros líquidos nutritivos;
- Ter 1 ou 2 vômitos esporádicos;
- Ter um período de choro intenso, mas transitório (inferior a 2 a 3 horas);
- Delírio durante os picos de febris.

A razão principal para o tratamento da febre é o alívio do desconforto (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **3.2 Dificuldade Respiratória**

Os recém-nascidos respiram obrigatoriamente pelo nariz até às 4-6 semanas de vida. Isto deve-se à posição elevada da laringe, à proximidade da epiglote ao palato, que dificulta a passagem de ar através da cavidade bucal, exceto durante o choro. Portanto, a obstrução nasal completa

pode levar a sérias consequências, como dificuldade respiratória e atraso de crescimento (Cuestasb et al., 2016).

São numerosas as causas de insuficiência ventilatória nasal no recém-nascidos e latentes, sendo a principal a rinite. Dentro das causas congénitas, as mais frequentes são a atresia das coanas, a estenose congénita da abertura piriforme, quisto dermoide, glioma e encefalocele. Enquanto que a obstrução nasal bilateral, acontece mais frequentemente no período neonatal, a obstrução unilateral pode acontecer mais tarde (Cuestasb et al., 2016).

A rinite consiste na inflamação da mucosa nasal, frequentemente, de origem viral ou inespecífica. Os sintomas típicos são respiração ruidosa, dificuldade respiratória que piora durante a sucção, rinorreia e dificuldade na alimentação. O latente apresenta-se sem febre e irritável, sem alterações sistémicas. Elevando a ponta do nariz, com iluminação adequada observa-se a congestão da mucosa nasal e a rinorreia mucosa. O tratamento é sintomático e procura manter as fossas nasais permeáveis através da drenagem postural (decúbito ventral) e instalação de soro fisiológico estéril. É importante não aspirar as fossas nasais repetidamente com sondas de aspiração, dado que pode provocar mais inflamação ou lesionar a mucosas (Cuestasb et al., 2016).

A lavagem das fossas nasais deve ser feita com soro fisiológico, sempre que necessário, preferencialmente antes da alimentação do bebé. É importante alertar para critérios que possam carecer de observação médica, tais como (DGS, 2012/2015):

- Fatores de risco:
  - Idade inferior a 6-12 semanas;
  - História de prematuridade (idade gestacional < 37 semanas);
  - Diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente (displasia broncopulmonar, fibrose quística, doença pulmonar difusa ou congénita), doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de *Down*;
  - Exposição ao fumo do tabaco (EFT) deve ser ativamente identificada.
- Sinais de gravidade:
  - Dificuldade alimentar (ingesta < 50% nas 24h);
  - Letargia;
  - Apneia;
  - Aumento da frequência respiratória/cansaço respiratório;
  - Pieira/respiração ruidosa;
  - Adejo nasal ou gemido.

Medidas a adotar para a recuperação do bebé:

- Deixar o bebê sossegar e manipulá-lo o menos possível;
- Fracionar as refeições, fazer pausas frequentes e elevar o tronco do bebê após as refeições;
- Manter o nariz limpo;
- Elevar a cabeceira do bebê;
- Vigiar regularmente a respiração do bebê;
- Controlar a febre.

### **3.3 Diarreia**

A diarreia aguda é uma das doenças mais comuns em crianças em todo o mundo, caracterizando-se pelo aparecimento abrupto. É importante ressaltar que a diarreia atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que causa maior mortalidade. Ela figura como a terceira causa mais comum de doenças em crianças dos países em desenvolvimento e é responsável por cerca de um terço de todas as hospitalizações entre os menores de cinco anos.

Define-se diarreia como a alteração do trânsito intestinal com aumento do número e diminuição da consistência das dejeções, relativamente ao padrão habitual (Almeida, 2018).

A causa mais frequente de diarreia aguda é a Gastroenterite Aguda Infeciosa (GEA). Nos países sub-desenvolvidos é ainda uma causa importante de morbidade e mortalidade infantil. A GEA pode ser causada por vírus, bactérias ou parasitas, é geralmente um processo autolimitado, exceto na infecção parasitária que frequentemente se prolonga na ausência de tratamento. Os agentes mais frequentes são o rotavírus, adenovírus e norovírus (Almeida, 2018).

O exame objetivo permite estimar o grau de desidratação, sempre que o último peso conhecido não seja recente, para que se possa calcular a percentagem de peso perdida. Os sinais e sintomas que caracterizam os três graus de desidratação: Ligeira (sem alterações visíveis), moderada (irritabilidade/apatia, aumento da frequência cardíaca, mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida e diminuição da quantidade de urina) e grave (alteração do estado de consciência, mucosas secas, olhos profundamente encovados, fontanela deprimida, ausência de lágrimas e de urina) (Almeida, 2018).

O tratamento da GEA assenta em dois pilares fundamentais, a rehidratação e a introdução precoce da alimentação. Ocasionalmente poderão estar indicados antibióticos no tratamento da gastroenterite bacteriana (Almeida, 2018).

O aleitamento materno é recomendado sempre que possível (Almeida, 2018).

A maioria dos casos é de leve ou moderada gravidade e não é atendida nos serviços de saúde. Daí a importância das campanhas de orientação da gestão domiciliar da doença diarreica para prevenir a desidratação. Nos hospitais chegam os casos com sintomas mais exuberantes e em desidratação ou em risco para desidratar; quadros secundários a vômitos intensos ou diarreia de alto débito (Brandt et al., 2015).

Na criança desidratada, o tratamento hidroeletrolítico consiste na reidratação e na reposição de perdas. A terapia de reidratação oral deve ser preferencialmente usada para reidratação, enquanto que a venosa deve ser usada apenas no caso de falha da hidratação oral ou nos casos graves de desidratação (Brandt et al., 2015).



## 4. AS CÓLICAS NO RECÉM-NASCIDO

As cólicas no recém-nascido, também denominadas como dor abdominal paroxística, caracterizam-se por dor ou câibra abdominal manifestada por irritabilidade e/ou choro excessivo e súbito, acompanhada pela flexão das pernas sob o abdómen (Hockenberry & Wilson, 2014). Manifestam-se normalmente entre as duas semanas e os quatro meses de vida do lactente, no entanto podem surgir mais precocemente e/ou perdurarem muito mais tempo para além deste período (Clínica Universitária de Navarra, 2015).

Ocorrem entre 15% a 40% de todos os RN/latentes, independentemente de apresentarem outros problemas de saúde agudos ou crónicos (Clínica Universitaria de Navarra, 2015) e (Hockenberry & Wilson, 2014). Outros fatores como o género, a idade gestacional e a etnia do latente, bem como o nível socioeconómico da sua família, não têm qualquer influencia sobre este problema (Clínica Universitaria de Navarra, 2015) e (Hockenberry & Wilson, 2014).

O diagnóstico é normalmente efetuado através da verificação dos critérios de Wessel, que consistem em choro intenso e/ou irritabilidade durante um período de tempo superior a três horas por dia, mais de três dias por semana e com uma duração superior a três semanas (Hockenberry & Wilson, 2014) e (González, 2011). Alguns estudos relatam um incremento desta sintomatologia no final da tarde ou à noite, porém em alguns lactentes o início e/ou a exacerbação destes sintomas ocorre noutro momento (Hockenberry & Wilson, 2014). De facto, não existem quaisquer exames complementares ou provas analíticas que permitam tornar o processo de diagnóstico mais objetivo e fidedigno (González, 2011).

A etiologia deste problema é ainda hoje desconhecida, existindo apenas algumas teorias e estudos que apontam para potenciais causas e fatores desencadeantes (Hockenberry & Wilson, 2014). Estes fatores dividem-se em três grandes grupos, sendo eles gastrointestinais, biológicos e psicossociais (Ortega & Barroso, 2013). Os fatores gastrointestinais estão relacionados com a imaturidade intestinal, a intolerância à proteína do leite de vaca e/ou a intolerância à lactose, os biológicos reportam-se a alterações na regulação da atividade motora intestinal do latente e/ou a pais fumadores, e por sua vez os psicossociais envolvem depressão materna no pós-parto, hiperestimulação e/ou stresse/ansiedade familiar (Hockenberry & Wilson, 2014) e (Ortega & Barroso, 2013).

Para além destes fatores, outras causas têm sido referenciadas, nomeadamente a alimentação demasiado rápida, quantidades alimentares excessivas, aerofagia (associada ou não à alimentação), técnicas inadequadas de alimentação, imaturidade do sistema nervoso central e/ou desregulação neuroquímica cerebral (Hockenberry & Wilson, 2014). Percebe-se assim que as cólicas no lactente ostentam uma etiologia complexa e multifatorial, o que pressupõe a ineficácia

de um tratamento único, sendo necessária a combinação de várias intervenções (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente ao prognóstico este afigura-se positivo, pois as cólicas tendem a resolver-se com o amadurecimento do mesmo, sem interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2014) e (Ortega & Barroso, 2013). No entanto, torna-se premente a implementação de medidas com vista a prevenir ou a tratar as cólicas no lactente, de forma a promover o conforto ou a permitir um alívio da dor na criança, respetivamente (Aguilar, 2015) e (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para além disto, as cólicas encontram-se frequentemente associadas a insatisfação por parte dos pais para com o comportamento da criança, o que pode ter efeitos negativos ao nível da vinculação e da relação pais-criança, as quais influenciam de forma direta e intrínseca o crescimento e desenvolvimento da mesma (Aguilar, 2015) e (Hockenberry & Wilson, 2014). Está mesmo descrito na literatura que os lactentes com cólicas apresentam um risco acrescido de serem abandonados pelos pais/cuidadores, na tentativa de findar o choro excessivo/gritado que estes apresentam, provocando lesões cerebrais traumáticas (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Prevenção e Tratamento das cólicas**

A probabilidade de o lactente apresentar cólicas é relativamente elevada, o que torna essencial a implementação de medidas com vista à sua prevenção. Estas medidas visam a adoção de comportamentos adequados no cuidado ao lactente, particularmente ao nível da alimentação, sendo passíveis e simples de apreender e de aplicar por parte dos pais/cuidadores.

O enfermeiro deve assim ensinar e capacitar os pais/cuidadores relativamente à forma correta de alimentar o lactente, nomeadamente (Hockenberry & Wilson, 2014):

- Privilegiar o aleitamento materno exclusivo;
- Estabelecimento de uma boa pega, tanto à mama como ao biberão;
- Utilizar tetinas e chupetas anatómicas;
- Utilizar biberões e tetinas específicas que minimizem a deglutição de ar;
- Manter a tetina totalmente preenchida de leite durante a alimentação por biberão;
- Promover a eructação durante e após a alimentação;
- Recorrer à sucção não nutritiva apenas após a alimentação;
- Alimentar o latente em horário livre, promovendo as refeições mais frequentes e com quantidades adequadas de leite.

Estas medidas têm como principal objetivo o estabelecimento de hábitos alimentares e técnicas de alimentação adequadas ao lactente, evitando a alimentação demasiado rápida, as quantidades alimentares excessivas e a aerofagia (Hockenberry & Wilson, 2014).

No lactente com o diagnóstico de cólicas já estabelecido, é necessário avaliar inicialmente o seu padrão diário de dor/irritabilidade, realçando as características do choro, os momentos do dia/noite em que este tem início e/ou se exacerba, e se se verifica uma relação com as refeições (Hockenberry & Wilson, 2014) e (Ortega & Barroso, 2013). Esta avaliação permitirá verificar posteriormente a eficácia do tratamento selecionado.

No entanto, e tal como foi já referido, as cólicas no lactente possuem uma etiologia complexa e multifatorial, sendo impossível determinar com precisão quais as causas envolvidas. Deste modo, o tratamento das cólicas no lactente passa pela implementação de um conjunto de intervenções durante os episódios de dor/irritabilidade do mesmo, tais como (Hockenberry & Wilson, 2014):

- Posicionar o RN em decúbito ventral, com a região abdominal sobre uma toalha aquecida ou sobre um saco térmico aquecido e protegido;



Figura nº 7 – Posição do RN em decúbito ventral

Fonte: <https://alimentosaudeinfantil.wordpress.com/2010/09/0>

- Posicionar o RN em decúbito ventral sobre o braço do pai/cuidador, de forma a que a mão do mesmo fique direcionada ao abdómen do lactente, aplicando uma pressão suave;



Figura nº 8 – Posição do RN sobre o braço

Fonte: <https://alimentosaudeinfantil.wordpress.com/2010/09/08/colica-e-prisao-de-ventre-ninguem-merece/>

- Mudar o RN de ambiente, de preferência para um ambiente calmo e relaxante;
- Conter o RN com recurso a um cobertor macio e elástico;
- Efetuar a massagem intestinal, com recurso a cânula para libertação dos gases intestinais;

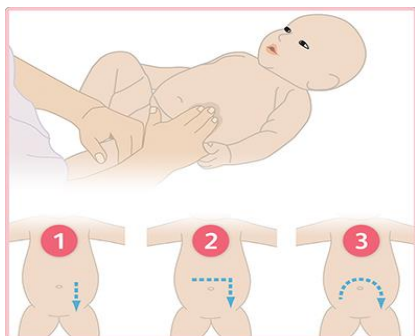


Figura nº 9 – Massagem Abdominal

Fonte: <https://www.cjry.ca/event/gentle-baby-massage-class-3/>

- Transportar o RN no marsupial;
- Musicoterapia;
- Evitar que os pais/cuidadores fumem perto do RN.

Quando estas medidas não se revelam eficazes, é passível recorrer a intervenções farmacológicas segundo prescrição médica, nomeadamente a administração rectal de glicerina e de analgésicos, e a administração oral de antiespasmódicos, analgésicos, anti-histamínicos, antiflatulentos, sedativos e de chá de camomila (Hockenberry & Wilson, 2014).

Caso exista a suspeita de sensibilidade ao leite de vaca é pertinente limitar a alimentação do lactente ao leite artificial altamente hidrolisado, de forma a auxiliar no diagnóstico (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo o *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2008), as intervenções que possuem algum efeito atenuante sobre as cólicas são a administração de soluções de sacarose, a diminuição dos estímulos, a capacidade de gestão/recetividade dos pais, a dieta pobre em alergénios das mães que estão a amamentar, e caso o lactente seja alimentado com leite artificial este deverá ser hipoalergénico.

Para Aguilar (2015), tendo em conta a evidência científica atual, a massagem intestinal é a intervenção com maior eficácia a curto prazo. O mesmo autor destaca a importância do regime alimentar, tanto das mães como dos recém-nascidos (no caso de aleitamento materno exclusivo), salientando que é crucial a capacitação dos pais/cuidadores na gestão deste problema, melhorando a sua recetividade perante o mesmo (Aguilar, 2015).

## 5. SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO LATENTE

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é um termo utilizado para descrever qualquer morte súbita e inexplicável que não se consegue explicar após a investigação do caso, incluindo investigação do cenário, autópsia e revisão da história clínica. Acontece, habitualmente, durante um período de sono não observado (Moon, 2016).

A SMSL é a principal causa de mortalidade pós-neonatal no primeiro ano nos países desenvolvidos. A identificação de fatores de risco e as campanhas de saúde pública em diversos países levaram à redução da sua incidência em mais de 50%.

Existem fatores de risco associados (Carlin & Moon, 2017):

- Posição durante o sono: o decúbito ventral está associado ao aumento do risco de hipercapnia e consequentemente hipoxia, diminuição da oxigenação cerebral, aumento do sobreaquecimento, alteração no controlo do sistema cardiovascular e aumenta o limiar de excitação. Alguns estudos apontam que a posição lateral é igualmente perigosa para o latente, sendo que colocados nesta posição têm mais probabilidade de rolar para a posição de pronação, sendo alto risco para a morte súbita. Os latentes devem ser colocados em decúbito dorsal em todos os períodos de sono;
- Cama partilhada: o risco associado à partilha da cama pode ser em parte devido a colchões e roupa de cama macios, risco de sobreaquecimento e de sobreposição - do adulto rolar para cima da criança. O risco aumenta quando um dos pais são fumadores, a mãe fumou durante a gravidez, em bebés prematuros ou com baixo peso à nascença, um dos pais tenha ingerido álcool, medicação ou drogas;
- Uso de roupa na cama: incluindo cobertores, almofadas e almofadas de posicionamento no ambiente de repouso do bebé esta associado a um aumento de SMSL, independentemente da posição da criança, aumentando o risco de sufocamento e asfixia;
- Superfície da cama: a superfície de sono mais segura para uma criança é um colchão de berço firme. Os sofás são, também, perigosos, associado às superfícies macias, almofadadas e bordas inclinadas. Também não é incomum bebés adormecerem no carro, cadeira, carrinhos de criança, isto é particularmente preocupante em crianças pequenas que não têm controlo de cabeça suficiente para suportar adequadamente as vias aéreas, podendo levar a mortes não intencionais. No uso de transportadores de bebés (mochila, sling, pano) é aconselhado que a cabeça da criança fique fora do dispositivo e visível aos pais, para prevenção de sufocamento;

- Mães fumadoras: tanto no útero com na exposição ambiental ao fumo do tabaco está ligado a um aumento do risco a SMSL;
- Prematuridade: os bebés prematuros e com baixo peso à nascença estão 4 vezes mais expostos aos SMSL que bebés de termo. Parte deste risco está relacionado com a imaturidade do sistema nervoso autónomo, prejudicando o mecanismo de despertar da criança e aumentando o risco de hipercapnia. Além disso, os bebés prematuros têm um risco aumentado pela apneia da prematuridade.

Existem, também, fatores protetores para a morte súbita do latente, tais como (Carlin & Moon, 2017):

- Amamentação: múltiplos estudos demonstram que a amamentação ou leite materno retirado, é protetor contra o SMSL. Enquanto que a diminuição da SMSL é mais evidente em bebés amamentados exclusivamente, o consumo de leite materno de qualquer forma e em qualquer duração é protetor. Os pais devem ser encorajados a alimentar os seus filhos com leite materno durante o maior tempo possível;
- O uso de chupeta: os mecanismos propostos incluem o aumento da suscetibilidade, aumento da pressão arterial durante o sono, aumento capacidade de adaptação da frequência do coração, diminuição da variabilidade da frequência cardíaca alta. Uso de chupeta no início do sono é protetor, mesmo quando a chupeta cai depois da criança adormecer;
- Imunização: embora não haja consenso quanto à proteção da imunização na prevenção do SMSL, não pode ser motivo para a não realização de imunização.

### Recomendações atuais

A Academia Americana de Pediatria (Moon, 2016) publicou recomendações para reduzir o risco do SMSL que incluem:

- posicionamento em decúbito dorsal, numa superfície firme, sem roupa de cama, almofadas e posicionadores e evitar o sobreaquecimento;



Figura nº 10 – Posicionamento Seguro

Fonte: <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro->

- partilha de quarto sem partilha de cama, pelo menos até aos primeiros 6 meses e idealmente até ao primeiro ano de vida;
- uso de chupeta;
- evitar o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas durante e após a gravidez, pela mãe;
- evitar o uso de monitores e outros produtos vendidos para a prevenção do SMSL;
- amamentação sempre que possível e pelo máximo de tempo;
- cuidados maternos pré-natais de rotina e imunização da criança.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Aguilar, T. (2015) Manejo adecuado del cólico del lactante en atención primaria: revisión del tratamiento efectivo. *Revista Cuidándote Digital*. Vol. XI, 3er trimestre. Iltre. Colégio Oficial de Enfermería de Málaga.

Almeida, S. (2018) *Diarreia aguda e crónica*. Lições de Pediatria. Pombalina Coimbra University Press - Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:org/10.14195/978-989-26-1300-0\_23

Amador, A.; Fernandes, A.; Fernandes, C.; Guimarães, F. (2012) *Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediátrica Portuguesa. 43(2):59-62

Amir, L. (2014) *The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee*. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised; Breastfeeding Medicine; 9(5).

Barbosa, M.; Ferreira, S. Moreira, J. (2017) *S. Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência*. Rev Port Med Geral Fam; 33:41-7.

Bertolo, H. & Levy, L. (2012) *Manual de aleitamento materno*. Comité português para a UNICEF.

Brandt K., Castro Antunes M.; Silva G. (2015) Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de Pediatria*; 91:36-43.

Cardoso, N. (2017) A abordagem pedagógica no desenvolvimento de competências dos enfermeiros na amamentação. *Nursing*. Edição Portuguesa.

Carlin, F & Moon R. (2017) Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome, A Review. *JAMA Pediatrics*. 171(2):175-180. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3345

Castilho, S.; Franco, C.; Graça, A. & Marques, J. (2018) *Transmissão de Infecções pelo Aleitamento Materno*. Acta Pediátrica Portuguesa. 49:243-52.

Clínica Universitaria de Navarra (2015). Cólico del lactante. <http://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/colico-lactante>.



Cuestasb, G.; D'Aquilac, M.; D'Aquilad, J. & Rodriguez, H. (2016) Algoritmo para el manejo de la obstrucción nasal en neonatos y lactantes. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 14(5):477-484.

Direção Geral da Saúde (2012). *Bronquiolite: folheto informativo para pais e cuidadores*.

Direção Geral da Saúde (2013). *Orientação da Direção Geral da Saúde - Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar*.

Direção Geral da Saúde (2015). *Norma: Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica*.

Direção Geral da Saúde (2017). *Febre na criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*.

Fernandes, J.; Machado, M. & Oliveira, Z. (2011) Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 86(1):102-110.

Ferreira, C; Sousa, S; Soares, C; Lima, L; Barreto, C. (2017) Composição do leite humano e sua relação com a nutrição adequada à recém-nascidos pré-termos. *Temas em Saúde*. 17(1), João Pessoa.

González, P. (2011) *Enfermería en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed, Vol I e Vol II. Lusociência – Edições; Técnicas e Científicas.

Moon R. (2016) Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 13(5). doi:10.1542/peds.2016-2938

Ortega, E. & Barroso, D. (2013) Flashes pediátricos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. (22):81-7.

Santos, T.; Dittz, E. & Costa, P. (2012) Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2(3):438-450.

Sassa, A.; Schmidt, K.; Rodrigues, B.; Ichisato, S.; Higarashi, I.; Marcon, S. (2014) Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67(4):594-600.

Stewart, D. & Benitz, W. (2016) AAP COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *Pediatrics*. 138(3).

Silva, R.; Souza, N.; Silva, R.; Silva, J.; Ladisláo, N. & Oliveira, S. (2014) O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 16(3):535-541.

Sociedade Brasileira de Pediatria (2014). *Consenso de Cuidado com a Pele do Recém-Nascido*.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). *Consenso clínico – Cuidados cutâneos no recém-nascido*.

United Nations Children's Fund (2018) *Breastfeeding: A mother's gift for every child*.  
<https://www.unicef.pt/media/1409/breastfeeding-report-final.pdf>

World Health Organization (2013) *Recommendations on postnatal care of the mother and newborn*.

World Health Organization (2016) *GUIDELINE: UPDATES ON HIV AND INFANT FEEDING - The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV*.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf;jsessionid=3EB3A07A103698793E6D371ADB973E5E?sequence=1>

## **APENDICE III - Questionário de Diagnóstico da Situação**

### **Questionário**

#### **A Alta em neonatologia: Contributos de Enfermagem para a Promoção da Saúde e Bem-estar do Recém-Nascido e Família**

Este questionário foi elaborado pela aluna Ana Cristina dos Santos Moreira Bravo, do curso de mestrado em Enfermagem com especialidade em Saúde Infantil e Pediatria. Insere-se no desenvolvimento do projeto de estágio com a temática: “A alta em neonatologia”,

Com a aplicação do questionário à equipa de enfermagem da UCIN, pretende-se avaliar a pertinência da realização/implementação do projeto de intervenção, através da validação das temáticas, a constar num guia de boas práticas, dirigido à alta do recém-nascido/pais.

Assim, peço a vossa colaboração através do preenchimento do documento. A vossa cooperação é essencial, dado que o projeto tem como objetivo, construir um guia de boas práticas para a alta do recém-nascido/pais, uniformizador de linguagem e de procedimentos transversais, promotor de uma boa prestação de cuidados.

Os princípios de anonimato e sigilo serão mantidos ao longo de todas as etapas do desenvolvimento do projeto de intervenção.

Agradeço a atenção e disponibilidade.

Ana Cristina Moreira Bravo

## Questionário

**1. Considera a linguagem e conteúdo, na informação transmitida aos pais/cuidadores, durante a preparação para a alta, uniforme em toda a equipa de enfermagem?**

Totalmente uniforme ☐ Uniforme ☐ Pouco Uniforme ☐ Incoerente ☐

**2. Um guia de boas práticas seria importante para tornar a informação transmitida coerente e uniforme?**

Muito importante ☐ Importante ☐ Pouco importante ☐ Irrelevante ☐

**Das seguintes, assinale cinco temáticas que considere mais importantes, a constar no Guia de Boas Práticas de preparação para a alta:**

Aleitamento Materno ☐

Aleitamento Artificial ☐

Cuidados ao recém-nascido (banho, pele...) ☐

Prevenção do Síndrome de Morte Súbita do Latente ☐

Resolução de problemas recorrentes (febre, obstrução nasal, obstipação e diarreia) ☐

Prevenção e Tratamento de Cólicas ☐

Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida ☐

Preparação do ambiente no domicílio ☐

Direitos dos pais ☐

**4. Existe alguma outra temática que gostaria que fosse trabalhada no Guia?**

Não ☐ Sim ☐ Qual/Quais? \_\_\_\_\_

## APENDICE IV – Cronograma Retificado

<div>Datas</div> <div>Etapas/Estratégias</div>	Maio 2017	Junho 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018 Setembro 2018	Setembro 2018
Definição da problemática do projeto							
Pesquisa							
Diagnóstico de situação							
Construção do documento							
Implementação do documento							
Elaboração do relatório de estágio							
Entrega do relatório de estágio							

## APENDICE V – Apresentação Projeto



### A Alta em Neonatologia: Contributos de Enfermagem para a Promoção da Saúde e Bem-Estar do Recém-Nascido

Ana Cristina Bravo

Orientação: Profª Coordenadora Gabriela Calado

### Projeto de Intervenção

- ▶ Tema: A alta em Neonatologia
- ▶ Diagnóstico da situação:
  - ▶ Reunião com a Chefia;
  - ▶ Questionários aplicados à Equipa de Enfermagem.
- ▶ Objetivo Geral: Dotar a equipa de enfermagem, de um Guia Orientador, uniformizador de linguagem/conceitos e de procedimentos, na capacitação dos pais/cuidadores para alta do recém-nascido.
- ▶ Avaliação: resultado obtidos resultantes da aplicação de questionários à Equipa de Enfermagem

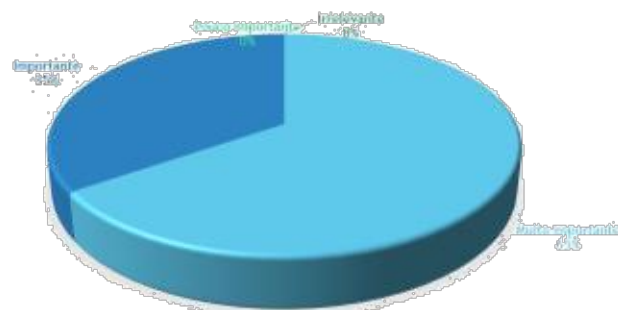
## Diagnóstico da Situação - Questionários

- Considera a linguagem e conteúdo, na informação transmitida aos pais, durante a preparação para a alta, uniforme em toda a equipa de enfermagem?



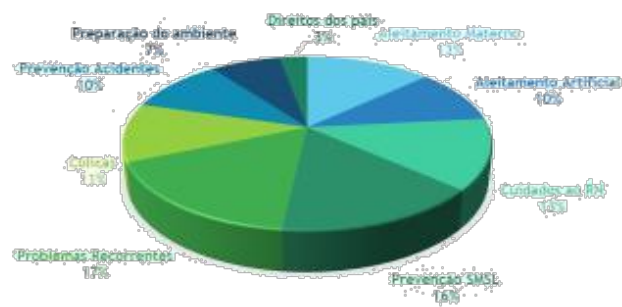
## Diagnóstico da Situação - Questionários

- Um Guia Orientador seria importante para tornar a informação transmitida coerente e uniforme?



## Diagnóstico da Situação - Questionários

▶ Escolha as cinco temáticas a serem incluídas no documento:



## Documento

▶ Divido em 5 Capítulos, segundo as temáticas escolhidas:

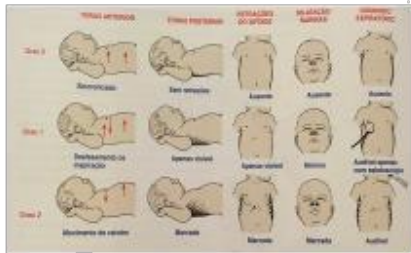
- ▶ Problemas de Saúde Mais Comuns no Recém-Nascido;
- ▶ Síndrome de Morte Súbita no Latente
- ▶ Cuidados de Higiene e Conforto ao Recém-Nascido;
- ▶ As Cólicas no Recém-Nascido;
- ▶ Aleitamento Materno;



## Documento - Estrutura

### Problemas de Saúde Mais Comuns no Recém-Nascido

Febre



Diarreia



Dificuldade Respiratória

## Documento - Estrutura

### Cuidados de Higiene e Conforto ao Recém-Nascido



O Banho do Recém-Nascido



Coto Umbilical

Área da Fralda

## Documento - Estrutura

### ➤ Aleitamento Materno

Contraindicações

Fisiologia da  
amamentação



Duração da mamada



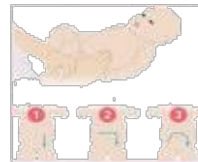
Principais  
Problemas e  
Resolução



Manipulação e  
conservação do  
leite materno

## Documento - Estrutura

### ➤ As Cólicas no Recém-Nascido



### ➤ Síndrome de Morte Súbita no Latente



## O Guia Orientador encontra-se disponível:

- ▶ Na pasta de documentos na sala de trabalho de enfermagem.
- ▶ Na pasta partilhada do computador.

O Dossier Temático que sustentou o documento final ficará disponível nas mesmas plataformas, contendo a informação mais pormenorizada



## APENDICE VI- Questionário Avaliação

### Avaliação do Documento Orientador

#### A Alta em Neonatologia:

Contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido

Peço que realizem a avaliação do documentos.

1. Considera pertinente a informação contida nos documentos?

Nada Pertinente ☐ Pouco Pertinente ☐ Pertinente ☐ Totalmente pertinente ☐

2. Considera que o documento elaborado vai ajudar a colmatar lacunas teórico-práticas, que possam existir, na transmissão de informação aos pais/cuidadores dos recém-nascidos internado na unidade?

Discordo Totalmente ☐ Indiferente ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐

3. O documento vai ajudar na uniformização da informação transmitida aos pais/cuidadores dos recém-nascidos internados na unidade?

Discordo Totalmente ☐ Indiferente ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐

3. O documento encontra-se de consulta acessível e esclarecedora?

Discordo Totalmente ☐ Indiferente ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐

Agradeço a atenção e disponibilidade.

Ana Cristina Moreira Bravo

## APENDICE VII – Trabalho Elaborado na USF

<u>Idade</u>	<u>Parâmetros a Avaliar</u>	<u>Consulta de Enfermagem – Cuidados Antecipatórios</u>
0-15 Dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peso;</b></li> <li>- <b>Altura;</b></li> <li>- <b>IMC;</b></li> <li>- <b>Perímetro Cefálico;</b></li> <li>- <b>Teste do pezinho;</b></li> <li>- <b>Observação geral do RN:</b> reflexos, tônus muscular pele, mucosas, fontanelas, cordão umbilical, abdômen, eliminação);</li> <li>- <b>Audição:</b> verificar se fez rastreamento auditivo neonatal;</li> <li>- <b>Vacinação</b> – Verificar e atualizar registro (SCLINICO e SINUS)</li> <li>- <b>Afeto/vinculação – Sinal de alerta:</b> falta de interesse no RN, desespero, ideação suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Alimentação (LM e/ou LA)</u></li> <li>- <u>Prevenção de Acidentes:</u> cuidados com o coto umbilical, controle de temperatura, transporte do RN, quedas;</li> <li>- <u>Sono e repouso:</u> necessidades, dificuldades, posicionamento;</li> <li>- <u>Identificação de fatores de risco;</u></li> <li>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> pegar ao colo, olhar nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, falar e cantar suavemente, massagem, oferecer o polegar para auto conforto, evitar ambientes hiperestimulantes.</li> </ul>
15 Dias – 6 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peso;</b></li> <li>- <b>Altura;</b></li> <li>- <b>IMC;</b></li> <li>- <b>Perímetro Cefálico;</b></li> <li>- <b>Observação geral do RN:</b> tônus muscular pele, mucosas, fontanelas, cordão umbilical, abdômen, eliminação;</li> <li>- <b>Desenvolvimento:</b> sorriso presente/social; Chora ao desconforto; fixa objetos/mãe; postura normal (aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan)</li> <li>- <b>Reflexos:</b> Moro, sucção e procura, preensão palmar e marcha automática</li> <li>- <b>Visão e audição:</b> aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (SCLINICO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Cuidados com Alimentação (LM e/ou LA)</u></li> <li>- <u>Afeto /vinculação</u></li> <li>- <u>Sono e repouso</u></li> <li>- <u>Higiene e conforto</u></li> <li>- <u>Papel Parental</u></li> <li>- <u>Prevenção de acidentes</u> :transporte, quedas e queimaduras</li> <li>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento</u> : objetos coloridos, caixa de música, conversar e embalar, massajar, limitação de estranho e ambientes hiperestimulantes</li> </ul>

	<p><b>-Relação emocional/maus tratos e segurança do ambiente – Sinal de alerta:</b> falta de interesse no bebe, desespero, ideação suicida.</p>	
2 Meses	<p>- <b>Peso;</b></p> <p>- <b>Altura;</b></p> <p>- <b>IMC;</b></p> <p>- <b>Perímetro Cefálico;</b></p> <p>- <b>Observação geral do RN:</b> tônus muscular pele, mucosas, fontanelas, cordão umbilical, abdómen, eliminação;</p> <p>- <b>Desenvolvimento- Sinal de alerta:</b> ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentada; não fixa a face humana;</p> <p>- <b>Visão:</b> fixação e perseguição;</p> <p>- <b>Relação emocional/comportamento – Sinal de alerta:</b> choro inconsolável/ bebe apático sem períodos de comunicação</p> <p>- <b>Vacinar e ensino sobre efeitos colaterais das vacinas e atualizar registo de Vacinas no SINUS e SClinico</b></p> <p>- <b>Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (SClinico)</b></p>	<p><u>-Cuidados com Alimentação (LM e/ou LA);</u></p> <p><u>-Afeto /vinculação;</u></p> <p><u>-Sono e repouso;</u></p> <p><u>-Higiene e conforto;</u></p> <p>-Cuidados com a febre associados à vacinação,</p> <p>- Prevenção e tratamento de cólicas no RN;</p> <p>- Cuidados na presença de secreções, engasgamento, asfixia;</p> <p><u>-Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> sorri, emite sons, importância de falar com o bebé, mobiles coloridos, caixas de musica.</p>
3 Meses	<p>- <b>Peso;</b></p> <p>- <b>Altura;</b></p> <p>- <b>IMC;</b></p> <p>- <b>Perímetro Cefálico;</b></p> <p>- <b>Observação geral do RN:</b> tônus muscular pele, mucosas, fontanelas, cordão umbilical, abdómen, eliminação;</p> <p>- <b>Desenvolvimento:</b> sorri, boa resposta social, mãos na linha média e brinca com elas, convergência ocular;</p> <p>- <b>Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (SClinico)</b></p>	<p><u>-Reforço dos cuidados anteriores;</u></p> <p><u>-Esclarecimento de dúvidas;</u></p> <p><u>-Alimentação (LM e/ou LA);</u></p> <p><u>-Prevenção de acidentes;</u></p> <p><u>-Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> interagir através da fala, mimica facial e imitação, dançar em ritmo suave com o bebé, oferecer objetos para segurar, mobiliza-lo e alternar posicionamentos.</p>
4 Meses	<p>- <b>Peso;</b></p> <p>- <b>Altura;</b></p>	<p>- <u>Reforço dos cuidados anteriores</u></p>

- **IMC;**

- Esclarecimento de dúvidas

- **Perímetro Cefálico;**

- **Observação geral do RN:** pele, mucosas, fontanelas, abdómen, eliminação;

- **Desenvolvimento-Sinal de alerta:** não segue objeto com os olhos; mãos sempre fechadas

-**Relação emocional – Sinal de alerta:** não acalma preferencialmente com a figura do cuidador/ausência de prazer interativo

-**Vacinar (ensino sobre efeitos colaterais das vacinas e registo no SINUS e SClínico)**

- Prevenção de acidentes

-Atividades promotoras do desenvolvimento : mobiles, rocas, cantar/falar com o bebé, posicionar no chão em decúbito ventral, por períodos

- Alimentação (LM e/ou LA):

• Se LM - Mantém LM exclusivo

• Se LA - introdução de alimentação diversificada:

✓ A ordem de introdução de alimentos não é rígida e deve ser adaptado a cada criança

✓ Não introduzir alimentos novos com intervalos inferiores a 1 semana

✓ Não dar mais que 1 papa por dia

✓ Não juntar papa no biberon

✓ Dar sempre os alimentos à colher

✓ Oferecer água ao longo do dia, em pequenas quantidades

✓ Não adicionar açúcar e mel aos alimentos

✓ Não adicionar sal aos alimentos no 1º ano de vida

➤ Introdução da sopa de legumes (introduzir novo legume de cada vez de 3/3 dias) ou a farinha não lactea/farinha láctea – nos bebés com excesso de peso inicia-se pela sopa.

- Sopa simples (base cenoura, rodela de cebola e/ou dente de alho, uns grãos de arroz e azeite cru)

- A papa sem glúten deve ser dada uma vez por dia e à colher aumentando gradualmente a consistência. A farinha não lactea pode ser preparada com leite materno ou com a fórmula que o lactente está a tomar. A farinha lactea é preparada

		<p>com água – 1 refeição deve ter cerca de 35-50 g (2 a 5 colheres de sopa rasas)</p> <p>- <u>A fruta</u> deve ser dada à sobremesa e preparada apenas com um fruto de cada vez – iniciar com maçã, pêra e banana. Os frutos ricos em vitamina C só deverão ser introduzidos ao 6º mês. No primeiro ano evitar frutos potencialmente alergénicos (morango, amora, kiwi, maracujá...)</p>
5 Meses	<p>- <b>Peso;</b></p> <p>- <b>Altura;</b></p> <p>- <b>IMC;</b></p> <p>- <b>Perímetro Cefálico;</b></p> <p>- <b>Observação geral do RN:</b> pele, mucosas, fontanelas, abdómen, eliminação;</p> <p>- <b>Desenvolvimento:</b> palra, sorri e/ou gargalhada;</p>	<p>- <u>Reforço dos cuidados anteriores;</u></p> <p>- <u>Esclarecimento de dúvidas;</u></p> <p>- <u>Prevenção de acidentes:</u> asfixia, quedas, queimaduras;</p> <p>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> dar brinquedos para levar à boca, colocar no chão com brinquedos, estimular capacidade de imitação, brincadeiras com palminhas e “não está cá”;</p> <p>- <u>Alimentação</u> (LM e/ou LA + diversificação alimentar):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5/6 refeições dia: 1 de sopa + fruta; 1 de papa e restantes de leite</li> <li>➤ Se LM- mantém LM exclusivo em horário livre</li> </ul>
6 Meses	<p>- <b>Peso;</b></p> <p>- <b>Altura;</b></p> <p>- <b>IMC;</b></p> <p>- <b>Perímetro Cefálico;</b></p> <p>- <b>Observação geral do RN:</b> pele, mucosas, fontanelas, abdómen, eliminação;</p> <p>- <b>Dentição;</b></p> <p>- <b>Desenvolvimento:</b> ativo e curioso, leva objetos à boca, se um objeto cai esquece-o</p>	<p>- <u>Reforço dos cuidados anteriores;</u></p> <p>- <u>Esclarecimento de dúvidas;</u></p> <p>- <u>Prevenção de acidentes:</u> asfixia, quedas;</p> <p>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> oferecer objetos de cores vivas, sentá-lo com apoio para que possa explorar, incentivar a produção de novos sons, proporcionar brincadeiras de interação e não prevenir situações que causem frustração;</p> <p>- <u>Alimentação</u> (LM e/ou LA + diversificação alimentar)</p>



	<p>imediatamente, faz força para se sentar, grita e dá gargalhadas;</p> <p>- <b>Reflexos:</b> paraquedas e proteção lateral;</p> <p>- <b>Visão:</b> boa convergência (sem estrabismo);</p> <p>- <b>Relação emocional – Sinal de alerta:</b> Cuidador não responde aos sinais do bebe;</p> <p>- <b>Vacinar (ensino sobre efeitos colaterais das vacinas e registo no SINUS e SClínico)</b></p> <p>- <b>Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (SClínico)</b></p>	<p>➤ Se LM – Introdução da sopa e fruta; 6,5 meses – Papacom glúten e carne na sopa;</p> <p>➤ Se LA – Introdução da carne (frango, peru, borrego, vaca iniciar com 10 g até atingir 25-30g/dia);</p> <p>➤ Não entrar em conflito durante a refeição; criar interação sem pressão.</p>
7-8 Meses	<p>- <b>Peso;</b></p> <p>- <b>Altura;</b></p> <p>- <b>IMC;</b></p> <p>- <b>Perímetro Cefálico;</b></p> <p>- <b>Observação geral do RN:</b> pele, mucosas, fontanelas, abdómen, eliminação;</p> <p>- <b>Dentição;</b></p> <p>- <b>Desenvolvimento:</b> gatinha, coloca-se em pé com apoio, dá gargalhadas, gosta de música, gosta de explorar o ambiente, angústia da separação, reação ao estranho.</p>	<p>- <u>Reforço dos cuidados anteriores;</u></p> <p>- <u>Prevenção de acidentes:</u> asfixia, quedas, contusões, queimaduras, proteção de janelas, escadas, lareiras;</p> <p>- <u>Higiene oral</u></p> <p>- <u>Cuidados com a diarreia; vômitos; obstrução nasal</u></p> <p>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> brinquedos coloridos e que produzam som, jogos de encaixe; iniciar brincadeira simples (“cú-cú”); bater palmas; dizer adeus). Utilizar o parque, para habituar o bebé ao seu espaço</p> <p>- <u>Alimentação (LM e/ou LA + diversificação alimentar):</u></p> <p>➤ Iogurte, de preferência natural. Não devem ser dados iogurtes “para crianças” pela quantidade de açúcar. 1 iogurte por dia, 2 a 3 vezes por semana.</p> <p>➤ Pão, bolachas e cereais – preferir pão às bolachas. A papa pode ser substituída pela papa de fruta com bolacha Maria.</p>

		Refeição: 1 Sopa com carne + 1 sopa sem carne, com os alimentos menos triturados e fruta + 1 de papa + 2/3 de leite.
9 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peso;</b></li> <li>- <b>Altura;</b></li> <li>- <b>IMC;</b></li> <li>- <b>Perímetro Cefálico;</b></li> <li>- <b>Observação geral do RN:</b> pele, mucosas, fontanelas, abdómen, eliminação;</li> <li>- <b>Dentição;</b></li> <li>- <b>Presença de testículos na bolsa;</b></li> <li>- <b>Desenvolvimento:</b> senta-se sozinho, põe-se em pé com apoio, atira objetos ao chão e procura-os, mastiga pequenos pedaços de comida, repete várias sílabas;</li> <li>- <b>Desenvolvimento – Sinais de alerta:</b> Não leva objetos à boca, não tem equilíbrio sentado; sem preensão palmar;</li> <li>- <b>Relação emocional/comportamento- Sinais de alerta:</b> Não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente o cuidador principal;</li> <li>- <b>Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (SClinico)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Reforço dos cuidados anteriores;</u></li> <li>- <u>Esclarecimento de dúvidas;</u></li> <li>- <u>Adaptação creche/infantário;</u></li> <li>- <u>Cama e quarto próprio;</u></li> <li>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> oferecer objetos diferentes e afastados, objetos em cima de uma cadeira, oferecer papel para amassar e rasgar, brincar ao “esconde”, ser firme terno no “não”, brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos, imitar sons de animais e objetos para a criança imitar;</li> <li>- <u>Prevenção de acidentes:</u> quedas, contusões, queimaduras, asfixia, intoxicações;</li> <li>- <u>Alimentação:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gema de ovo cozida (2 xs por semana - a clara de ovo não deve ser dada até aos 12 meses);</li> <li>➤ Peixes magros (pescada, linguado, solha ou faneca). Iniciar com uma porção de 10g e aumentar para 25-30g/dia;</li> <li>➤ Alimentos menos triturados, comer a fruta à mão. Habituar aos poucos aos horários familiares de refeição;</li> <li>➤ Deixar que a criança mexa e brinque com a comida.</li> </ul> </li> </ul>
12 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peso;</b></li> <li>- <b>Altura;</b></li> <li>- <b>IMC;</b></li> <li>- <b>Dentição;</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Reforço dos cuidados anteriores</u></li> <li>- <u>Esclarecimento de dúvidas</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Presença de testículos na bolsa;</b></li> <li>- <b>Desenvolvimento:</b> põe-se em pé, segura a colher com a mão, bebe água pelo copo com ajuda, pinça fina perfeita, responde pelo nome, compreende ordens simples e vocaliza em tom de conversa incompreensível;</li> <li>- <b>Desenvolvimento – Sinais de alerta:</b> não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contato</li> <li>- <b>Relação emocional/comportamento- Sinais de alerta:</b> dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar;</li> <li>- <b>Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (SClinico)</b></li> <li>- <b>Vacinar (ensino sobre efeitos colaterais das vacinas e registo no SINUS)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Prevenção de acidentes:</u> asfixia, quedas, afogamento, queimaduras, intoxicações, atropelamento;</li> <li>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> deixar a criança tomar algumas decisões, reagir calmamente e com firmeza às birras, estimular tarefas simples e reforçar positivamente, cumprir promessas, evitar pressões para o controlo esfíncteriano, incentivar que a criança peça algo quando quer verbalizando o pedido;</li> <li>- <u>Alimentação:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Iniciar gradualmente dieta familiar (introduzir, feijão, grão (sem casca), citrinos, ovo inteiro, carne de porco). Dar a colher e o copo para a mão, durante as refeições;</li> <li>➤ Não entrar em conflito na hora da refeição</li> </ul> </li> </ul>
15 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peso;</b></li> <li>- <b>Altura;</b></li> <li>- <b>IMC;</b></li> <li>- <b>Avaliar dentição;</b></li> <li>- <b>Desenvolvimento:</b> anda com ou sem apoio, gosta de explorar o ambiente, cumpre ordens simples, faz gracinhas e imita o adulto;</li> <li>- <b>Verificar boletim de vacinas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Reforço dos cuidados anteriores</u></li> <li>- <u>Esclarecimento de dúvidas</u></li> <li>- <u>Prevenção de acidentes</u> : asfixia, quedas, afogamento, queimaduras, intoxicações, atropelamento;</li> <li>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> brinquedos coloridos e que produzam sons.</li> </ul>
18 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peso;</b></li> <li>- <b>Altura;</b></li> <li>- <b>IMC;</b></li> <li>- <b>Avaliar dentição;</b></li> <li>- <b>Desenvolvimento:</b> marcha sem apoio, faz rabisco mostrando preferência por uma mão, não gosta que lhe peguem, exige muita atenção,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Esclarecimento de dúvidas;</u></li> <li>- <u>Prevenção de acidentes</u> : asfixia, quedas, afogamento, queimaduras, intoxicações, atropelamento;</li> <li>- <u>Eliminação</u> – Incentivar uso do bacio;</li> <li>- <u>Atividades promotoras do desenvolvimento:</u> ensinar a criança a guardar os brinquedos, pedir à criança que</li> </ul>

	<p>copiar atividades domésticas, usa 6-20 palavras reconhecíveis e completa com gestos, mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos;</p> <p>- <b>Desenvolvimento – Sinais de alerta:</b> não se põe de pé, não faz pinça, não vocaliza espontaneamente;</p> <p>- <b>Relação emocional/comportamento- Sinais de alerta:</b> não se interessa por outras crianças, não aponta com o indicador, não imita o adulto, não olha quando o chamam pelo nome, não acompanha com o olhar quando apontamos para algo;</p> <p>- <b>Aplicação da Escala do Desenvolvimento de Mary Sherindan (SCLinico)</b></p> <p>- <b>Vacinar (ensino sobre efeitos colaterais das vacinas e registo no SINUS)</b></p>	<p>repetir o nome das partes do corpo, ensinar a rabiscar num papel, demonstrar o que é e o que não é perigoso, elogiar a criança quando for capaz de fazer algo sozinha, realizar atividades com música.</p> <p>- <u>Alimentação</u> – Progredir gradualmente dieta familiar. Dar a colher e o copo para a mão, durante as refeições. Incentivo a comer sozinho e à mesa</p> <p>➤ Não entrar em conflito na hora da refeição – provável período de anorexia fisiológica.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## APENDICE VIII - Estudo de Caso

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



#### Unidade Curricular

Estágio I

#### Docente

Prof<sup>a</sup> Gabriela Calado

#### Orientadora

Enfermeira Mónica Palha

# Estudo de Caso

Autor: Ana Cristina Bravo

18 de maio de 2017

Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

**Unidade Curricular**

Estágio I

**Docente**

Profª Gabriela Calado

**Orientadora**

Enfermeira Mónica Palha

# Estudo de Caso

**Autor**

Ana Bravo | n.º 36797

## Abreviaturas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

USF- Unidade de Saúde Familiar

RN – Recém-Nascido

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

## Índice

<a href="#">Introdução</a> .....	82
<a href="#">1. Desenvolvimento</a> .....	85
<a href="#">1.1. Apreciação Inicial</a> .....	85
<a href="#">1.1.1. História de Saúde Pediátrica</a> .....	87
<a href="#">1.1.2. Avaliação do Desenvolvimento</a> .....	91
<a href="#">1.1.3. Internamento e pós alta da unidade de cuidados intensivos neonatais</a> .....	95
<a href="#">2. Diagnóstico de Enfermagem</a> .....	97
<a href="#">3. Planeamento dos Cuidados</a> .....	99
<a href="#">4. Conclusão</a> .....	102
<a href="#">5. Referências Bibliográficas</a> .....	104
<a href="#">Anexos</a> .....	105
<a href="#">Anexo 1- Guião de entrevista</a> .....	106
<a href="#">Anexo 2 - Parametros a Avaliar e Cuidados Antecipatórios 1-3 Anos</a> .....	110
<a href="#">Anexo 3 - Curvas de Crescimento adotadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil</a> .....	113
<a href="#">Anexo 4 - Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 M – 5anos</a> .....	115



## Introdução

O presente documento, proposto no âmbito da Unidade Curricular Estágio I, do Mestrado em Enfermagem em Associação do ano letivo 2016/17, sendo um estudo de caso realizado em contexto de estágio.

Os objetivos da unidade curricular requerem que o estudante adquira capacidade de assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde; promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade e da saúde; diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que afetem a vida/qualidade de vida da criança/jovem; prestar cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, tendo sido as mesmas desenvolvidas em contexto clínico durante a realização do estágio.

Das metodologias de avaliação da unidade curricular, além das competências clínicas desenvolvidas em contexto de estágio, foi proposto o desenvolvimento de competências de investigação com a realização de um estudo de caso, permitindo que o profissional “observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galeano, Rossi, & Zago, 2003)

Dentro das metodologias qualitativas existe o estudo de caso, no qual o pesquisador procura a observação da realidade de forma profunda, focalizando o fenómeno de relacionamento com o contexto. (Gautério-Aberu, Ávila, Santos, Ilha, & Silva, 2016)

O estudo de caso pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações. É um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão. (Galeano, Rossi, & Zago, 2003)

Ainda, como conteúdo programático foi proposto a intervenção junto da criança/Jovem, dando resposta ao projeto individual, numa perspetiva de vigilância e promoção da saúde ao longo do ciclo de vida.

O estágio I foi desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Luz, pertencente ao agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte. A USF Luz tem como missão melhorar o nível de saúde da população inscrita através da prestação de Cuidados de

Saúde Gerais atuando nas três vertentes da saúde: prevenir, tratar e reabilitar. Tem como oferta assistencial médica consultas medicina geral e familiar nas valências de saúde do adulto, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, rastreio do cancro do colo do útero, consulta de diabetes e visitas domiciliárias. Como oferta assistencial de enfermagem: tratamentos de enfermagem, vacinação, consulta de vigilância e ensino de saúde materna, consulta de vigilância e ensino de planeamento familiar, consulta de vigilância e ensino de saúde infantil, consulta de diabetes e visitas domiciliárias.

A consulta de enfermagem de vigilância e ensino de saúde infantil é realizada por todos os enfermeiros, dado que o modelo trabalho é através de enfermeiro de família, e distribui-se ao longo do dia em vários horários.

A mesma consulta inicia-se nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido, que pode ser realizado em modelo de visita domiciliária ou presencialmente na USF, com a realização do teste do pezinho, monitorização de peso, altura e perímetro cefálico, observação geral do RN, avaliação do desenvolvimento e realização de ensinamentos aos pais/cuidadores. A vigilância nestes parâmetros ocorre semanalmente até sensivelmente ao 1º mês de idade do RN, consoante a disponibilidade dos pais. A partir do primeiro mês até aos 6 meses de idade, a consulta é realizada mensalmente, existindo um intercalar com consultas médicas de acordo com programa nacional de saúde infantil e juvenil.

Aos 7-8 meses é ainda realizada uma consulta de enfermagem. Após o 8º mês de vida, as consultas são realizadas com periodicidade de acordo com o PNSJ.

Existe ainda um programa de saúde escolar, a nível do Centro de Saúde de Benfica ao qual a Enfermeira Mónica presta apoio, direcionado para crianças do 1º ciclo do ensino básico, sobre alimentação saudável, do qual tive oportunidade de participar.

Paralelamente ao estágio, o desenvolvimento do projeto individual incide no empoderamento dos pais de recém-nascidos na preparação para a alta em unidade de cuidados intensivos neonatais. Neste sentido foi escolhida uma criança, para a realização do estudo de caso, com internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais, de forma a poder fazer uma avaliação do desenvolvimento da criança e realizar entrevista à mãe, recolhendo dados sobre dúvidas, questões e sentimentos que lhe tenham sido suscitados pelo contexto de internamento, durante e após a alta, tentando desta forma sustentar o diagnóstico de situação do projeto.

Com o desenvolvimento deste trabalho pretendo desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e os pais; realizar uma história de saúde completa que me permitam colher dados de forma a realizar diagnósticos de enfermagem dirigidos à

criança/família; efetuar uma correta avaliação do desenvolvimento da criança e detetar possíveis défices ou problemas; colher dados sobre o período de internamento que me permitam sustentar o diagnóstico de situação a utilizar no projeto de mestrado; desenvolver um plano de cuidados adequados à criança e família de acordo com todas as informações colhidas ao longo da entrevista à família e observação da criança; realizar pesquisa bibliográfica que sustente o conhecimento e me permita atuar em caso de novas situações semelhantes, à luz do conhecimento científico.

Este documento engloba o desenvolvimento do estudo caso que se divide em apreciação Inicial, diagnóstico de enfermagem e planeamento. A implementação dos cuidados e avaliação não será possível de realizar visto o contexto em que o estágio é desenvolvido não permitir, em tempo útil e que permita avaliar resultados, um segundo encontro com criança/família.

Não se disponibiliza o nome da criança ao longo deste trabalho de forma a assegurar a sua privacidade e da sua família, sendo que as informações apresentadas foram trabalhadas apenas com um intuito pedagógico.

Esta dissertação foi realizada de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos da American Psychological Association (APA) e segundo as regras do novo acordo ortográfico em vigor.

## 1. Desenvolvimento

Ao longo deste capítulo será desenvolvido o estudo de caso, abrangendo as fases do processo de enfermagem.

O Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Assim, ele deve ser compreendido como um meio, e não um fim em si mesmo. (Garcia & Nóbrega, 2009)

Com o emprego dos estudos de caso, observaram-se o início do uso de instrumentos de colheita de informações sobre os pacientes, a análise e formulação de julgamentos clínicos sobre as informações colhidas e a diferenciação entre o que seria intervenção médica e de enfermagem, listadas separadamente. Dessa forma, há uma indiscutível relação entre os estudos de caso e o aparecimento dos primeiros planos de cuidado de enfermagem. Assim como se pode afirmar que os estudos de caso foram os precursores dos planos de cuidado, também se pode dizer que os planos de cuidado foram as primeiras expressões do que mais tarde se convencionou denominar Processo de Enfermagem. (Garcia & Nóbrega, 2009)

### 1.1. Apreciação Inicial

A apreciação inicial deste documento engloba três vertentes: a história de saúde pediátrica da criança, avaliação do desenvolvimento e questões sobre o período de internamento e pós-alta da unidade de cuidados intensivos neonatais.

Para a realização da história de saúde pediátrica foi utilizado o método de entrevista, tendo sido utilizado ao longo da mesma, a entrevista estruturada para a obtenção de um maior número de dados em menor tempo, evitando a exaustão da mãe e da criança, havendo necessidade, em alguns parâmetros de observação direta da criança pelo entrevistador. No levantamento de questões acerca dos períodos de internamento em neonatologia foi utilizado o tipo de entrevista focalizada, com o intuito de obtenção de informação acerca de sentimentos vivenciados.

A entrevista estruturada, ou formalizada, desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os

entrevistados que geralmente, são em grande número. Por possibilitar o tratamento quantitativo dos dados, este tipo de entrevista torna-se o mais adequado para o desenvolvimento de levantamentos sociais. Algumas das principais vantagens em se utilizar a *entrevista estruturada*, estão na sua rapidez e no fato de não exigirem exaustiva preparação dos pesquisadores.

A entrevista focalizada é livre, todavia, enfoca um tema bem específico, quando, ao entrevistado, é permitido falar livremente sobre o assunto, mas com o esforço do entrevistador para retomar o mesmo foco quando ele começa a desviar-se. (Junior & Junior, 2011)

Para a realização da entrevista, foi previamente elaborado um guião, após pesquisa bibliográfica e seleção das temáticas pretendidas, orientada para o contexto de cuidados em que decorre o estágio, não havendo uma queixa principal, mas um histórico de saúde e necessidade de avaliação do desenvolvimento e meio em que a criança vive.

A forma utilizada para a obtenção da história de saúde pode ser direta, onde o enfermeiro pede a informação através da entrevista direta com os informantes. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Segundo Hockenberry e Wilson (2014) a estrutura de uma história de saúde pediátrica deve conter:

- Identificação de informação, da qual foi selecionada apenas direcionada para o contexto e pertinência: nome, local e data de nascimento, raça ou grupo étnico, religião, data da entrevista e informador;
- Antecedentes pessoais: história do parto (gravidez, trabalho de parto e parto, história neonatal); doenças prévias, lesões ou cirurgias anteriores; alergias; medicação atual; imunizações; crescimento e desenvolvimento, hábitos;
- Revisão dos sistemas para obter informações sobre qualquer problema de saúde potencial, incluindo: revisão geral, tegumentos, cabeça, olhos, ouvidos, nariz, boca, garganta, pescoço, tórax, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, neurológico;
- História médica familiar para identificar traços ou doenças genéticas que têm tendência familiar e avaliar a exposição a uma doença transmissível de um membro da família e hábitos familiares que podem afetar a saúde

da criança, tais como fumos e uso de produtos químicos;

- Historia psicossocial: obter informações sobre o autoconceito da criança;
- Historia familiar para compreender a criança enquanto individuo e membro de uma família e de uma comunidade: composição familiar; ambiente em casa e na comunidade; ocupação e educação dos membros da família; tradições culturais e religiosas e função da família e relacionamentos;
- Avaliação nutricional: obter informações sobre a adequação da ingestão e necessidades nutricionais da criança.

Tendo em conta o contexto de estágio (USF – cuidados de saúde primários), a idade da criança e os objetos do projeto de mestrado (alta em neonatologia) foi elaborado o guião de entrevista que se encontra em Anexo 1 para orientação da entrevista.

Na avaliação da criança foi realizada com base nos parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios indicados no PNSIJ (Anexo 2), foram aplicadas as curvas de crescimento (Anexo 3) e para a avaliação do desenvolvimento foi utilizada a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Anexo 4), permitindo compreender potenciais alterações no desenvolvimento da criança, bem como planeamento de intervenções a partir da mesma.

#### 1.1.1. História de Saúde Pediátrica

##### Identificação de Informação:

O nome da criança em estudo é M.P, nascida a 12 de junho de 2015 no Hospital de Santa Maria, de raça caucasiana e sexo feminino. A entrevista foi realizada à mãe no dia 5 de junho de 2017, tendo a criança no momento 1 ano, 11 meses e 23 dias.

##### Antecedentes Pessoais:

A M.P foi uma criança nascida de uma gravidez planeada, desejada e vigiada, tendo a mãe como fator de risco a idade superior a 40 anos (41 anos no momento da gravidez), com consumo de tabaco (cerca de 10 cigarros/dia) durante a gravidez, com rastreio de doenças infecciosas negativo e não imune á toxoplasmose.

Às 33 semanas após ecografia obstétrica, para avaliação do desenvolvimento fetal, é detetado restrição do crescimento intrauterino, tendo a mãe ficado internada, com indicação para realização de parto pré-termo. No dia seguinte ao internamento foi realizado o parto por cesariana. A M.P nasceu com 1,386 kg, Índice de APGAR 5/10 e com necessidade imediata de entubação traqueal (segundo a mãe), tendo sido transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria após o parto, onde ficou internada até ao dia alta, a 10 de julho de 2015 (29 dias). Da informação referida pela mãe a criança terá com ventilação mecânica invasiva durante cerca de dois dias, tendo iniciado ventilação espontânea após esse período. O internamento segundo a mãe foi linear, prendendo-se maioritariamente pelo crescimento ponderal e por episódio de icterícia com necessidade de fototerapia.

O potencial de crescimento do feto depende de vários fatores, entre eles: sexo, altura materna, complicações durante a gestação, escolaridade materna, riscos comportamentais, tais como o tabagismo, estado nutricional da mãe e sua alimentação. Acredita-se que uma alimentação insuficiente no início da gestação gera fetos pequenos, porém com crescimento proporcional. Quando esse défice nutricional ocorre em etapas mais avançadas da gestação, essa característica costuma ter mais efeitos nas proporções corporais do que na redução do peso ao nascer em si. (Tourinho & Reis, 2012)

Antes mesmo do nascimento, é possível estimar o peso fetal através de fórmulas que levam em consideração medidas encontradas nas ecografias. É importante que a estimativa seja a mais precisa possível, para que situações em que ocorra crescimento fetal anormal sejam diagnosticadas e medidas de intervenção sejam propostas precocemente. O peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional é considerado anormal, caracterizando restrição do crescimento intrauterino. Além disso, um peso inferior a 2.500g, mesmo quando adequado para idade gestacional também é considerado fator de risco para complicações neonatais. (Tourinho & Reis, 2012)

O peso ao nascer é considerado o maior determinante de morte neonatal em países tecnologicamente desenvolvidos. Há uma relação entre o baixo peso ao nascer e a morbilidade e mortalidade do lactente. Quanto mais baixo o peso de nascimento, maior a mortalidade. (Hockenberry & Wilson, 2014)

A prematuridade é responsável pelo maior numero de admissões na UCIN. A imaturidade não só coloca as crianças em risco de complicações neonatais, mas também a predispõe a problemáticas que podem persistir na idade adulta. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Para Hockenberry & Wilson, 2014, segundo a classificação dos recém-nascidos de alto risco ao nascer a M.P. é considerada recém nascido com peso muito baixo peso ao nascer, tendo em conta um peso inferior a 1500g, independentemente da idade gestacional.

A M.P teve alta após 29 dias com peso de 2,100 kg e boa vitalidade (segundo a mãe).

Após a alta da neonatologia a criança não voltou a ter mais internamentos, tendo a mãe referido que o único problema de saúde após esse período, até à data, terá sido 3 episódios infeções respiratórias resolvidas em ambulatório.

A M.P não tem alergias conhecidas e não toma medicação regular. A imunização encontra-se regularizada, apresentado o plano de vacinação atualizado, tendo realizado as vacinas Haemophilus Influenzae b e difteria-tétano- tosse convulsa aos 18 meses, sem reação aparente após a administração.

Aos 6 meses de idade a M.P. apresentava um peso aproximado de 6,530 kg, ao ano de idade de 8,800 kg e atualmente de 11,600 kg. O comprimento ao ano de vida era de 69,5 cm.

A dentição teve início aos 11 meses, tendo atualmente 15 dentes. Segundo a mãe os sintomas durante o aparecimento da dentição terão sido essencialmente choro e irritabilidade, não tendo sido observada febre ou outra sintomatologia comum. Em termos de desenvolvimento, adquiriu a competência de sustentação da cabeça aos 3 meses, a posição de sentado aos 7 meses, as primeiras palavras com significado aos 10 meses e os primeiros passos sem assistência aos 12 meses.

Em termos de hábitos e padrões comportamentais a referir é o uso da chupeta, não havendo outros hábitos relevantes.

Das atividades de vida diária, tem por hábito adormecer cerca das 23h e acordar às 8h, perfazendo um total de 8 horas, mantendo o mesmo hábito durante toda a semana, referindo a mãe que por vezes a criança se encontra cansada devido ao período de sono noturno não ser provavelmente suficiente. Realiza uma sesta diária de cerca de 2 horas. Não pratica nenhum desporto específico, mas tem aulas de ginástica no infantário. Segundo a mãe tem cerca de 1 a 2 dejeções diárias e sem alterações nas micções. Não apresenta, ainda controlo de esfíncteres, quer urinário, quer anal. Avisa o adulto após a dejeção na fralda e por vezes avisa da micção, sendo esta menos frequente.



### Revisão dos sistemas

Da revisão dos sistemas realizada, observada e pelo questionamento à mãe da M.P não foram detetadas alterações, estando a criança aparentemente saudável.

A criança é seguida em pediatra privado e em consulta de neonatologia no Hospital de Santa Maria.

Realiza revisões periódicas em oftalmologia e otorrinolaringologia associadas à prematuridade, não apresentando também alterações.

Ainda não realizou consulta no dentista, mas refere que a criança refere preocupação com escovagem dos dentes e não tem alterações dentárias.

### História médica familiar

A mãe da M.P tem como antecedente pessoal o fato de ser fumadora de cerca de 10 cigarros/dia e como antecedentes cirúrgicos: adenoidectomia na infância e laparoscopia para excisão de miomas uterinos antes da gravidez. O Pai não tem antecedentes pessoais ou cirúrgicos.

### História familiar

O núcleo da família da M.P é constituído pela mãe e pelo pai, não tendo mais irmãos. É apoiado pelos avós maternos e avó paterna, que a M.P identifica cada um pelo nome próprio. Tem ainda relação próxima com dois tios paternos e três primos.

A M.P e os pais habitam no apartamento com dois quartos em que são mantidas as condições de segurança tendo em conta a idade da criança, demonstrando a mãe preocupação com a prevenção de acidentes. Refere também, uma boa relação com os vizinhos, havendo crianças com idades aproximadas da M.P com quem a criança interage e brinca.

Não houve crises recentes na família. A única alteração recente que a mãe relata foi a entrada da M.P no infantário (aos 18 meses), ao qual a criança reagiu bem, com agrado e boa adaptação às rotinas e socialização com as educadoras e crianças.

Os pais da M.P. têm emprego estável, sendo que a mãe é educadora de infância, licenciada, no mesmo infantário frequentado pela criança e o pai é fotografo e tem o 12º ano de escolaridade. Ambos têm horário fixo, das 9h30 as 17h30 e gostam do tipo de

trabalho que desempenham, referindo mesmo a mãe “que não se via a fazer outra coisa” (SIC). Quanto a fontes de rendimento, a mãe refere que os vencimentos não são elevados, mas que não passam dificuldades e conseguem garantir todas as condições familiares.

Toda a família da M.P é católica, embora segundo a mãe “pouco” praticante. Refere que a crença religiosa não influencia a perceção da família sobre a doença e o tratamento, recorrendo sempre aos meios indicados (médicos) para tal.

A tomada de decisão e resolução de problemas é partilhada por ambos os pais, referindo que a M.P já questiona algumas decisões e procura obter a resposta junto de quem mais corresponde ao que pretende. A mãe refere que tem atenção e cuidado em relação à imposição de regras na vida diária da M.P, havendo repercussões para a criança quando não cumpre as mesmas.

#### História dietética

A M.P devido ao internamento na neonatologia teve necessidade de iniciar alimentação artificial dado a mãe não ter leite materno suficiente para a alimentação. Foi gradualmente sendo introduzido o leite materno, tendo à saída da neonatologia alimentação mista.

Acabou por cessar o aleitamento materno ao mês e meio de vida da criança.

Iniciou a diversificação alimentar aos 6 meses de idade.

Atualmente, a mãe refere que a M.P. não gosta de peixe mas que come bem refeições de carne, hortícolas e fruta. Realiza seis/sete refeições por dia que englobam: pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche, reforço da tarde, jantar e leite antes de dormir, sendo que este ultimo não lhe é oferecido diariamente, apenas quando a criança solicita.

#### 1.1.2. Avaliação do Desenvolvimento

Dado que o estágio se realiza em Unidade de Saúde Familiar, em que foi adotado o Programa de Saúde Infantil e Juvenil, a avaliação do desenvolvimento da M.P. foi realizada em contexto de vigilância saúde infantil tendo sido abordados os parâmetros inerentes à vigilância, tendo em conta que a idade da criança se encontra dentro da idade aconselhada para a sua realização.

O PNSIJ preconiza a realização regular de consultas de vigilância no decorrer da infância, enfatizando a importância dos primeiros anos de vida na adoção de estilos de vida saudáveis. Estas consultas têm como objetivo a obtenção contínua de ganhos em saúde da criança e sua respetiva família, através da promoção da saúde e da prevenção da doença. Permitem avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança, capacitar dos pais/cuidadores, estimular a adoção de comportamentos promotores da saúde, bem como detetar e encaminhar precocemente quaisquer necessidades especiais, situações de risco e/ou de vulnerabilidade. (DGS, 2013)

Da vigilância de saúde infantil os parâmetros preconizados para a avaliação aos 2 anos de idade são os seguintes e foi realizada a seguinte observação:

- Peso: 11,600 kg
- Comprimentos: 86
- IMC: 15,68 kg/m
- Perímetro cefálico: 48 cm
- Dentição: 15 dentes, com escovagem de dentes diárias, sem caries
- Marcha: sem alterações
- Exame Físico: realizado no capítulo anterior (maturação dos sistemas)
- Vacinação: cumpre plano nacional de vacinação
- Relação emocional/comportamento: relação mãe-criança normal, a criança procura a mãe para resolução de problemas e para brincar; no capítulo anterior já tinha sido abordada a temática da imposição de regras, na qual não havia alterações. A criança ficou com as avós até aos 18 meses, a entrada no infantário não se manifestou um problema para a criança, tendo tido, segundo a mãe, fácil adaptação e bom relacionamento com as outras crianças.
- Risco de maus tratos: Não foram encontrados sinais de riscos de maus tratos, quer físicos, não apresentando a criança qualquer lesão, quer psicológico ou sexual, dada a facilidade com que a criança deixa que a enfermeira se aproxime e observe. Não havendo também alteração na relação emocional com a mãe.
- Segurança do ambiente: abordado no capítulo anterior, em que a mãe demonstra preocupação com a prevenção de acidentes relacionado com a criança. Tendo em consideração a profissão da mãe, existe um maior conhecimento e interesse pela temática.

Após a avaliação dos parâmetros a avaliar adequados á faixa etária, foram abordados os seguintes cuidados antecipatórios:

- Alimentação: Confirmação da restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gordura, ao qual a mãe da M.P referiu que não desperta interesse à criança e estando condicionado a um dia por semana em que é disponibilizado à criança.
- Saúde Oral: confirmada a escovagem dos dentes; realizado aconselhamento sobre o desmame da chupeta. A criança continua a utilizar a chupeta em vários momentos do dia como deslocções de automóvel, sesta e sono noturno;
- Desenvolvimento: Desmame do biberão e do leite ao adormecer, tendo sido alertada para a relação com o controle de esfínteres noturno e a ingestão líquida antes de adormecer;
- Relação emocional: Foi abordado o assunto da afirmação da personalidade, birras e regras sociais inerentes à idade da criança; a necessidade de independência da criança, a ansiedade da separação e os possíveis terrores noturnos; a aprendizagem/cumprimento de regras e rotinas e dos limites sem cedência a “chantagem”;
- Acidentes e segurança: já abordado anteriormente;
- Estilos de vida saudáveis: A necessidade de a criança brincar e desenhar; a restrição de hábitos de televisão e vídeos; imposição de um ritual de adormecer mais “rígido” dado que é uma criança que dorme apenas 8 horas noturnas, em que a hora deitar é tardia;
- Controlo de esfínteres: abordada a temática com a mãe que refere que vai iniciar durante o verão o desmame da fralda, que já incentiva a M.P a solicitar a ida à casa de banho e/ou a avisar da necessidade, bem como idas periódicas para diminuir a necessidade.
- Vida na creche, ama e outros atendimentos diurnos: abordados varias vezes aos longo da entrevista, estando adequados á faixa etária da criança.

Foi realizada a avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, através do comportamento da criança durante a avaliação:

- Postura e motricidade global: a criança corre, sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau;

- Visão e motricidade fina: construiu torre de 6 cubos; imitou o rabisco circular e demonstra preferência por uma mão no desempenho das atividades; interessou-se por um livro que lhe foi disponibilizado, virando uma página de cada vez;
- Audição e linguagem: diz o primeiro e último nome, bem como da família próxima; enquanto entrevistei a mãe a criança brincou sozinha, falando enquanto o fazia; juntou mais que duas palavras e construiu frases perceptíveis e com sentido, proferindo algumas palavras de incompreensíveis mesmo pela mãe; identificou o cabelo, o nariz, a boca, os pés e os sapatos;
- Comportamento e adaptação social: após observação calçou os sapatos com ajuda, diferenciando sapato direito do esquerdo e a sua correspondência; foi-lhe dada uma colher que utilizou corretamente e a mãe refere que a criança come praticamente sozinha após a preparação da comida; bebeu por um copo utilizando as duas mãos e voltou a coloca-lo em cima da mesa sem entornar.

Nesta criança não foram observados sinais de alarme, desempenhando todas as competências exigidas da Escala de Desenvolvimento, sem dificuldade.

Foi, ainda, alertada a mãe para as atividades promotoras do desenvolvimento adaptadas à idade da criança, tais como (DGS, 2013):

- Proporcionar brincadeiras como pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;
- Controlo esfíncteriano tendo em conta que a criança desenvolveu a competência da fala;
- Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo;
- Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo;
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Facilitar a oportunidade de jogo simbólico;
- Pedir ajuda para pequenas tarefas domésticas;
- Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo limites;

- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

### 1.1.3. Internamento e pós alta da unidade de cuidados intensivos neonatais

Como já referido anteriormente, esta parte da entrevista encontra-se relacionada com o desenvolvimento do projeto de mestrado, direcionada para a problemática de empoderamento/capacitação dos pais para a alta em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Foi, nesta entrevista, tentado recordar à mãe da M.P. sentimentos e dificuldades sentidas durante e após o internamento da criança na unidade. Dado o tempo passado (2 anos) a mãe teve alguma dificuldade em lembrar os sentimentos e dificuldades. Foram colocadas as questões em anexo 1, de forma aberta e dando espaço à mãe para verbalizar de forma livre.

A mãe da M.P iniciou o discurso dizendo que foi dos períodos mais difíceis da sua vida, a pesar de ter sido apenas 29 dias, que chorou todos os dias com medo do que poderia acontecer à filha e com a frustração de ir todos os dias para casa sem a poder ter consigo. Apesar de a Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria permitir que os pais pudessem pernoitar na unidade, as condições oferecidas eram um cadeirão pouco confortável, e que em conjunto com o marido acharam mais ponderado dormir em casa por questões psicológicas e de sono.

Refere também passado os dias na unidade, tendo visitado a filha diariamente, e acompanhado toda a evolução clínica da criança.

Relativamente a ensinamentos realizados durante o internamento, recorda-se que a maioria era realizado em grupo com outros pais de neonatos internados na unidade e que pontualmente respondiam a dúvidas dirigidas e questionadas pela mãe.

Não houve nenhum documento formal e escrito a acompanhar os pais aquando o momento da alta.

A principal dificuldade sentida por esta mãe após a alta, foi a fragilidade da filha pelo tamanho e baixo peso que assustavam a mãe nos cuidados à bebé. O medo do engasgamento foi também referido pela mãe, assim como o medo da morte súbita que a fazia acordar várias vezes durante a noite para confirmar se a filha respirava.

A mãe não referiu no momento da entrevista dificuldades quanto à alimentação da criança, embora a Enfermeira Mónica que acompanhou a mãe e a bebé após a alta na

USF, refere que mãe era bastante preocupada nas questões relacionadas com o aumento de peso da criança, tendo-se deslocado várias vezes à USF para pesagem da bebé e para apoio em questões de alimentação.

Relativamente a cólica, sono e choro refere não ter tido muitas dificuldades e que a criança não teve muitos problemas nesta área, sendo uma bebé calma e com pouca recorrência de cólicas de fácil resolução.

O transporte da criança no automóvel foi abordado antes da alta, não constituindo um problema para os pais.

Além da preocupação do aumento de peso da bebé, a mãe não referiu sentir diferença em termos de desenvolvimento da criança em comparação com outras crianças de termo, referindo a aquisição de competências em períodos normais, tendo a mãe uma forte comparação dada a sua profissão.

Após a alta da neonatologia a criança não voltou a ter problemas de saúde significantes que tivessem justificado ida à urgência, tendo a criança realizado apenas a vigilância de saúde em consulta de neonatologia, pediatria particular e USF, sem necessidade de recorrência a urgência nos meses seguintes.

## 2. Diagnóstico de Enfermagem

Da colheita de dados efetuada, ressaltam como focos de intervenção o controlo de esfíncteres próprio da idade em criança se encontra, em que o enfermeiro tem especial importância no ensino de estratégias que possam facilitar a aquisição desta competência.

O controlo voluntário dos esfíncteres anal e uretral é conseguido pouco depois de a criança começar a andar, provavelmente entre os 18 e os 24 meses de idade. É preciso que a criança seja capaz de reconhecer a vontade de eliminar e segurá-la e ser capaz de comunicar essa sensação aos pais. (Hockenberry & Wilson, 2014)

O controlo da bexiga à noite normalmente leva vários meses a anos depois de se começar o treino diurno. O treino intestinal geralmente é conseguido antes no treino da bexiga por causa da sua maior regularidade e previsibilidade. Há uma sensação mais forte para defecar do que para urinar. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Uma série de técnicas pode ser útil ao iniciar o treino. Os pais devem começar a fase de prontidão do treino ensinando a criança como o corpo funciona em relação à necessidade de eliminação. A seleção das roupas da criança é uma consideração importante, assim como a escolha do bacio ou da sanita. Colocar os pés com firmeza no chão também facilita a defecação. Outra opção é um redutor de sanita que pode facilitar a transição do bacio para a sanita. As sessões de prática devem limitar-se a 5 a 8 minutos, e um dos pais deve ficar sempre com a criança, praticando hábitos higiénicos após cada sessão. As crianças devem ser elogiadas pelo comportamento cooperativo e o sucesso na evacuação. (Hockenberry & Wilson, 2014)

As crianças pequenas ficam tão envolvidas nas brincadeiras que, se não forem lembradas de vez em quando, vão esperar até ficar apertadas até que seja muito tarde para chegar à casa de banho. Portanto, lembretes e idas frequentes à casa de banho são necessários. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Relativamente ao sono e repouso, é importante para esta criança a adequação dos hábitos de sono noturno, em que a criança adormece tardiamente e acorda cedo para a realização de rotinas diárias, dormindo apenas 8 horas durante a noite e duas horas durante o dia, causando por vezes cansaço e ao longo do dia.

O tempo de sono diminui um pouco durante o segundo ano de vida, perfazendo em média, 12 horas por dia. Problemas de sono são comuns, especialmente ir para a cama e adormecer, e são uma resposta aos medos e à ideia da separação. Os medos podem ser provocados por stress diário da criança. Estabelecer uma rotina diária e um horário regular



para dormir é útil, e dar objetos transicionais como um peluche ou o cobertor preferido pode acalmar a criança na hora de dormir. Deve ser limitado o tempo dos rituais na hora de dormir, definindo um período de tempo e estabelecendo atividades. (Hockenberry & Wilson, 2014)

### 3. Planeamento dos Cuidados

O seguinte plano de cuidados será elaborado com base na aplicação do Modelo de 7 Eixos da CIPE de 2015, sendo os diagnósticos levantados a partir das alterações detetadas aquando da avaliação da criança e referidas no capítulo anterior.

#### Intervenções de Enfermagem:

FOCO	JUÍZO	Diagnóstico
1- Continência Intestinal	Comprometido	Continência Intestinal Comprometida
2- Continência Urinária	Comprometida	Continência Urinária Comprometida
3 - Sono	Comprometido	Sono Comprometido

#### Diagnóstico 1: Continência Intestinal Comprometida

- Encorajar os pais a iniciar o treino intestinal com a criança;
- Educar a criança sobre o controlo de esfíncter e o seu processo;
- Educar os pais sobre técnicas de controlo de esfíncter intestinal, descritas no capítulo anterior;
- Aconselhar os pais a realizar o treino no domicílio e a que reforcem na creche e junto de outros cuidadores (avós);
- Avaliar a evolução da criança no próximo contacto realizado;
- Demonstrar disponibilidade junto dos pais para esclarecimento de dúvidas e/ou apoio durante o processo.

#### Diagnostico 2: Continência Urinária Comprometida

- Encorajar os pais a iniciar o treino urinária com a criança;
- Educar a criança sobre o controlo de esfíncter e o seu processo;
- Educar os pais sobre técnicas de controlo de esfíncter urinário, descritas no capítulo anterior;
- Aconselhar os pais a realizar o treino no domicílio e a que reforcem na creche e junto de outros cuidadores (avós);

- Tranquilizar os pais sobre possíveis retrocessos durante o processo, com enurese noturna;
- Avaliar a evolução da criança no próximo contacto realizado;
- Demonstrar disponibilidade junto dos pais para esclarecimento de dúvidas e/ou apoio durante o processo.

### Diagnóstico 3: Sono Comprometido

O sono é um processo corporal em que ocorre diminuição da recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos. (CIPE, 2016)

- Melhorar o padrão de sono da criança, aumentando as horas de sono noturno;
- Encorajar os pais a dialogar com criança de forma a perceberem possíveis medos e inquietações que possam influenciar a qualidade do sono da criança;
- Instruir os pais acerca da importância de um padrão sono adequado à idade da criança;
- Aconselhar os pais à imposição regras no hora de dormir;
- Encorajar os pais a restringir atividades estimulantes antes de dormir;
- Instruir sobre técnicas de relaxamento antes de dormir;
- Demonstrar disponibilidade junto dos pais para esclarecimento de dúvidas e/ou apoio durante o processo.

O enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família. As funções do enfermeiro variam de acordo com as estruturas de trabalho regionais, a formação e a experiência individual e os objetivos pessoais de carreira. Tal como os clientes (crianças e suas famílias) possuem um background único, cada enfermeiro traz um conjunto de variáveis individuais que influenciam a relação enfermeiro-cliente. Onde quer que o enfermeiro em pediatria desenvolva a sua prática, a sua principal preocupação é o bem-estar da família e da criança. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Assim, neste contexto destaca-se a promoção da saúde como competência do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, tendo como elementos importantes: a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde; o

fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida à famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto juvenil; a utilização de estratégias motivadoras da criança para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde; a identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamento saudáveis. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

#### 4. Conclusão

Na graduação de enfermagem, o uso do estudo de caso tem sido uma estratégia de ensino considerada como humanística e problematizadora, que tem contribuído de modo positivo na formação acadêmica, por viabilizar momentos de discussões acerca do conhecimento teórico-prático, o planejamento da assistência e a avaliação dos resultados, estimulando a autonomia do aluno na tomada de decisão em função da possibilidade de um plano assistencial individualizado com metas a serem alcançadas tendo por base o processo de enfermagem. (Silva, Paixão, Lins, Jesus, & Pereira, 2014)

É o tipo de método mais empregue no ensino, por facilitar a aprendizagem, já que nesta modalidade, o estudante é incentivado a utilizar conhecimentos que vão além do campo da enfermagem, a fim de realizar o estudo, incluindo investigações de problemas sociais, fisiológicos, espirituais, ou seja, recorrendo a conhecimentos de outras disciplinas – condição que favorece a interdisciplinaridade. (Silva, Paixão, Lins, Jesus, & Pereira, 2014)

Penso ter atingido, com o desenvolvimento deste documento, tanto os objetivos propostos para a unidade curricular, como os meus objetivos pessoais.

Este trabalho permitiu o conhecimento da metodologia de estudo de caso, o contacto com a criança e família, realizar uma colheita de dados completa, tendo sido possível avaliação física e do desenvolvimento da criança, a entrevista à mãe sobre sentimentos e preocupações aquando do internamento da M.P. no UCIN bem como no pós alta. Toda a colheita implicou pesquisa científica sobre o que foi sendo relatado de forma a tentar perceber alterações. Foi realizado o planeamento de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem realizados tendo em conta o contexto em que foi efetuado.

Como dificuldades refiro o contexto de aplicabilidade do estudo de caso tendo em vista a avaliação das intervenções, dado existir apenas um momento de contato com a criança e família, não permitindo avaliar os resultados obtidos após a intervenção. Além disso neste estudo de caso específico em que, o início de vida da criança teve complicações, atualmente a criança encontra-se saudável, sem défices ou complicações associadas à prematuridade, a relação com a mãe não aparenta lacunas e a profissão da mãe ser a educação de crianças com a idade da M.P., torna mais complexo o levantamento de diagnósticos de enfermagem que possam ir além da vigilância de saúde da criança. De referir ainda que o fato de os sistemas informáticos não se cruzarem (USF e Hospital),

dificulta a colheita de dados sobre o internamento da criança em UCIN, ficando resumida apenas ao relato da mãe, com a omissão científica inerente.

## 5. Referências Bibliográficas

- DGS. (2013). Norma da Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Enfermeiros, O. d. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Enfermeiros, O. d. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Galeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo caso clínico. *Revista Latino- Americana Enfermagem*.
- Garcia, T., & Nóbrega, M. (2009). Processo de Enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 188-193.
- Gautério-Aberu, D., Ávila, J., Santos, S., Ilha, S., & Silva, B. (2016). REPORT STUDY CONTRIBUTIONS TO THE NURSING CARE: AN EXPERIENCE. *Journal of Nursing UFPE on line*, 1149-54.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wonf Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Junior, A., & Junior, N. (2011). A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, 237-250.
- Silva, R., Paixão, G., Lins, D., Jesus, R., & Pereira, A. (2014). estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em enfermagem. *Revista CUIDARTE*, 606-12.
- Tourinho, A., & Reis, L. (2012). Pso ao nascer: uma Abordagem Nutricional . *Com. Ciências da Saúde*, 19-30.

## Anexos



## Anexo 1- Guião de entrevista

### Apreciação Inicial

- Identificação de Informação:
  - Nome
  - Local e data de nascimento
  - Raça/Etnia
  - Sexo
  - Data da entrevista
  - Informador
  
- Antecedentes Pessoais:
  - Gravidez: Planeada/não Planeada
  - Idade da mãe:
  - Serologias/Imunidade:
  - Idade Gestacional:
  - Ecografias: com alterações/ sem alterações
  - Risco na gravidez: Qual?
  - Consumos na gravidez: quais?
  - Tipo de parto: Cesariana
  - Peso à nascença:
  - APGAR à nascença:
  - Tempo de internamento na UCIN:
  - Problemas durante o internamento:
  - Peso à saída da UCIN:
  - Doenças, lesões e Cirurgias anteriores
  - Alergias
  - Medicação atual
  - Imunizações
  - Crescimento e desenvolvimento:
    - Peso aproximado:
      - 6 meses:
      - 1 ano:
      - 2 anos:
    - Comprimento aproximado ao 1 ano:
    - Dentição:
      - idade de inicio
      - numero de dentes
      - sintomas durante a dentição
    - Idade em que segurou a cabeça
    - Idade em que se sentou sozinho sem apoio
    - Idade em que andou sem assistência
    - Idade em que disse as primeiras palavras com significado
  - Hábitos:

- Padrões de comportamento: roer as unhas, chupar o polegar, ingestão habitual de substâncias não alimentares, rituais e movimentos incomuns.
  - Atividades de vida diária:
    - Hora de deitar e levantar
    - Duração do sono noturno e sestas
    - Tipo e duração do exercício
    - Regularidade das fezes e urina
    - Idade do controle dos esfíncteres
- Revisão dos sistemas:
  - Geral: Estado de saúde global: fadiga, perda ou aumento de peso recente ou inexplicável, febre, calafrios, infecções recentes ou recorrentes;
  - Pele: Prurido, pigmentação ou outras alterações da cor, acne, erupções, eritema, tendência para hematomas, petéquias, secura excessiva, textura geral, alterações ou deformações das unhas, crescimento ou perda de cabelo
  - Cabeça: cefaleias, tonturas, lesões
  - Olhos: problemas visuais ou comportamentos sugestivos de visão desfocada, estrabismo, infecções dos olhos, edema das pálpebras, lacrimejar excessivo, uso de óculos ou lentes de contacto, data do último exame oftalmológico
  - Ouvidos: Dor de ouvidos, secreções, evidência de perda de audição, resultados de qualquer audiograma anterior
  - Nariz: Hemorragias nasais, corrimento nasal constante ou frequente ou congestão nasal, obstrução nasal, alteração ou perda do sentido do olfato
  - Boca: Hemorragia das gengivas, dores de dentes, escovagem dos dentes, uso de fluor, dificuldade na dentição, última visita ao dentista, reação ao dentista
  - Garganta: Dores de garganta, dificuldade em deglutir, asfixia, rouquidão ou outras irregularidades na voz
  - Pescoço: Dor, limitação de movimentos, rigidez, dificuldade em manter a cabeça direita, aumento da tiroide, nódulos aumentados ou outras massas.
  - Tórax: Aumento das mamas, massas, aumento dos gânglios axilares
  - Respiratório: Tosse crônica, constipações frequentes, pieira, dispneia em repouso ou em esforço, dificuldade em respirar, produção de expectoração
  - Cardiovascular: Cianose ou fadiga em esforço, história de sopro cardíaco, anemia, data das últimas análises ao sangue, transfusão de sangue recente, tipo de sangue
  - Gastrointestinal: Náuseas, vômitos, icterícia, eructação, flatulência, alteração recente dos hábitos intestinais ou das características das fezes
  - Geniturinário: Disúria, frequência, hesitação, urgência, hematúria, nictúria, odor desagradável

- Musculosquelético: Fraqueza, atrapalhão, descoordenação, movimentos invulgares, coluna ou articulações rígidas, dores musculares ou caibras, marcha anormal, fraturas, entorses graves, nível de atividade
  - Neurológico: Convulsões, tremores, tonturas, perda de memória, animo geral, medos, pesadelos, problemas da fala
  - Endócrino: Intolerância às alterações climáticas, sede ou micções excessivas, suor em excesso
- 
- História Médica Familiar:
    - Antecedentes maternos
    - Antecedentes paternos
- 
- História familiar:
    - Composição da família:
      - membros diretos (nomes, idades e relacionamentos)
      - membros agregados à família que sejam significativos
    - Ambiente domiciliário e comunitário
      - Tipo de habitação, numero de quartos e de ocupantes
      - Características de segurança (saída em caso de incendio, detetores de fumo e monóxido de carbono, proteções das janelas, proteção de tomadas e fixas, uso de cintos de segurança no carro)
      - Riscos ambientais
      - Disponibilidade e localização de estabelecimentos de saúde, escolas e áreas de lazer
      - Relação com vizinhos
      - Crises recentes ou mudanças em casa
      - Reação da criança a pressões recentes
    - Ocupação e educação dos membros da família
      - Tipos de emprego
      - Horários de trabalho
      - Satisfação no trabalho
      - Exposição a riscos ambientais ou industriais
      - Fontes de rendimento e adequação
      - Grau mais elevado de ensino atingido
    - Tradições culturais e religiosas
      - Crenças e praticas religiosas
      - Crenças e praticas culturais/étnicas
      - Língua falada em casa
      - Que crenças religiosas ou étnicas podem influenciar a perceção da família sobre a doença e o seu tratamento
      - Que métodos são usados para prevenir ou tratar a doença
      - Como é que a família sabe que existe um problema de saúde que necessidade de cuidados médicos
    - Poder, tomada de decisão e resolução de problemas

- Quem normalmente toma as decisões familiares
  - Se um dos pais toma uma decisão, a criança pode apelar ao outro no sentido de mudar essa decisão?
  - Quem é que faz e aplica as regras?
  - O que acontece quando uma regra é quebrada?
- História dietética
    - Leite materno/ leite artificial – duração
    - Início da diversificação alimentar
    - Hábitos alimentares atuais

#### Questões relacionadas com o período de internamento/pós-alta em Neonatologia

- Maiores dificuldades/sentimentos dos pais durante o internamento na UCIN
- Dificuldades/sentimentos após alta:
  - Cuidados ao RN
  - Amamentação
  - Cólicas
  - Choro
  - Sono
  - Transporte
  - Problemas de saúde associados
  - Diferença no desenvolvimento
- Apoio sentido durante o internamento/ preparação para a alta realizada pela equipa de enfermagem da UCIN.

## Anexo 2 - Parametros a Avaliar e Cuidados Antecipatórios 1-3 Anos

Parametros a Avaliar	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
Peso					
Comprimento/Altura					
IMC*					
Tensão Arterial (TA)					17
Perímetro Cefálico					
Dentição	1	1	1	1	1
Anca/Marcha					
Visão **		7		12	12
Audição ***		7			
Exame Físico****	2				
Desenvolvimento ***	3		10, 11	13	18
Linguagem ***		8		14	19
Vacinação	4	4	4	4	4
Relação emocional/comportamento (perturbações)	5	9	11	15	20
Rastreio de dislipidémias				16	
Risco de Maus Tratos*****					
Segurança do ambiente	6	6	6	6	6

1. Verificar o estado dentário - Se for detetado algum dente com cárie dentária, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequado (ver **Texto de apoio 3**, ponto 2 – Saúde Oral).
2. Confirmar presença de testículos nas bolsas (na ausência, referenciar).
3. Sinal de alerta – não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto.
4. Verificar sempre o estado vacinal da criança e actualiza-lo de acordo com o PNV.
5. Sinal de alerta - dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar.
6. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer.
7. Verificar a consolidação das aquisições dos 12 meses de idade.
8. Comunica os seus desejos ou necessidades apontando ou vocalizando.
9. Procura o cuidador como “base estável” quando algo o perturba.
10. Sinal de alerta – não se põe de pé; não faz pinça fina; não vocaliza espontaneamente.
11. Sinal de alerta no relacionamento – não se interessa por outras crianças; não aponta com indicador; não imita o adulto (careta;) não olha quando o chamam pelo nome; não acompanha com o olhar quando apontamos para algo (se mais de 2 itens presentes referenciar para avaliação neurodesenvolvimento- M-CHAT - ver **Texto de apoio 2**).
12. Quantificação da acuidade visual, a partir dos 2 anos e ½, através de, por exemplo, o teste dos “E” de Snellen ou Teste das imagens de Mary Sheridan.

13. Sinal de alerta – não anda.
14. Sinais de alerta - não compreende o que se diz; não pronuncia palavras inteligíveis; não estabelece contacto; não imita.
15. Incapacidade do cuidador em impor regras e limites. Averiguar se este comportamento se repete nos diferentes contextos de vida da criança.
16. Efetuar em situações particulares, **a partir** desta idade, de acordo com o **Texto de apoio 4 – Rastreio de dislipidémias (em construção)**.
17. Consultar **Texto de apoio 5** – avaliação da tensão arterial.
18. Sinal de alerta – anda em pontas de pés sistematicamente; não constrói nada.
19. Sinal de alerta – linguagem incompreensível.
20. Sinal de alerta – dificuldade extrema em separar-se do principal cuidador; perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente; insónia grave.

### Cuidados antecipatórios

	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
<b>Alimentação</b>	1	8	8	8	3,8
<b>Saúde oral</b>	2, 3	2, 3	2, 3, 11	2, 3, 16	2, 3
<b>Desenvolvimento*</b>	4	4	4	4, 11	3
<b>Comportamento, relação/ Perturbações</b>	3, 5, 6	3, 5, 9, 10	5, 3, 9, 12, 13	3, 9, 17	3, 17, 18, 19, 20
<b>Acidentes e segurança</b>	3	3	3, 14	3	3
<b>Calçado</b>	3	3			
<b>Estilos de vida saudáveis</b>	7	7	15	15	15
<b>Controlo de esfíncteres</b>				3	

1. Referir a anorexia fisiológica do 2º ano de vida.
2. A escovagem dos dentes deve ser efetuada 2 vezes por dia (ver **Texto de apoio 3**).
3. Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a consulta atual e a próxima.
4. Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, “anúncios”, entre outros.
5. Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais.
6. Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé.
7. Brincar, passear, dormir.
8. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras.
9. Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos.
10. Promover equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da protecção do bebé.
11. Desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento.
12. Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária.
13. O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedência a “chantagens”.
14. Consultar **Anexo 2** – Orientação da DGS sobre “Transporte de crianças em automóvel”.
15. Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer.
16. Desmame da chupeta.
17. Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação Saúde Escolar.

18. Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade; relacionamento com outras crianças.
19. Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos); equidade de género – consultar <http://www.cig.gov.pt/guiaeducacao/>
20. Medos, terrores noturnos.

Anexo 3 - Curvas de Crescimento adotadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Raparigas – comprimento/altura 0 – 5 anos



Raparigas - peso 0 – 5 anos





Raparigas – índice de massa corporal 0-5 anos



Anexo 4 - Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 M – 5anos

		<b>18 Meses</b>	<b>2 Anos</b>	<b>3 Anos</b>	<b>4 Anos</b>	<b>5 Anos</b>
<b>Postura e Motricidade Global</b>		<input type="checkbox"/> Anda bem. <input type="checkbox"/> Apanha brinquedos do chão.	<input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé.	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé.
<b>Visão e motricidade fina</b>		<input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Imita rabisco circular. <input type="checkbox"/> Gosta de ver livros. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	<input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas.	<input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (5A). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.
<b>Audição e linguagem</b>		<input type="checkbox"/> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	<input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome. <input type="checkbox"/> Fala sozinho enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares.	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Apenas algumas substituições infantis.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	<input type="checkbox"/> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca. <input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem. <input type="checkbox"/> Exige muita atenção. Indica necessidade de ir ao wc. <input type="checkbox"/> Começa a copiar atividades domésticas.	<input type="checkbox"/> Coloca o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	<input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho ao wc. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo.	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez.	<input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escolhe os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo.

## SINAIS DE ALARME - 18 M – 5 Anos

18 MESES	2 ANOS	4-5 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.</li> <li><input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés.</li> <li><input type="checkbox"/> Assimetrias.</li> <li><input type="checkbox"/> Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.</li> <li><input type="checkbox"/> Não responde quando o chamam.</li> <li><input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente.</li> <li><input type="checkbox"/> Não se interessa pelo o que o rodeia; não estabelece contacto.</li> <li><input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não anda sozinho.</li> <li><input type="checkbox"/> Deita os objetos fora.</li> <li><input type="checkbox"/> Não constrói nada.</li> <li><input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz.</li> <li><input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis.</li> <li><input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor.</li> <li><input type="checkbox"/> Não estabelece contacto.</li> <li><input type="checkbox"/> Não procura imitar.</li> <li><input type="checkbox"/> Estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração.</li> <li><input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.</li> <li><input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de défice visual.</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento.</li> </ul>

## **Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada – notas explicativas**

Idade		Parâmetros a avaliar		Material
2 Anos (A)	C <sub>1</sub>	Coloca o chapéu e os sapatos		
	A <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa bem a colher</li> <li>• Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar</li> </ul>		Colher Copo
	S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo simbólico (faz-de-conta)</li> <li>• Jogo paralelo (brinca junto de outras crianças mas não com elas)</li> </ul>		
	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferência por uma mão (definição da lateralidade)</li> <li>• Constrói torre de 6 ou 7 cubos</li> </ul>		Cubo
	M	Imita o rabisco circular (pode fazê-lo espontaneamente), bem como linha vertical (após demonstração)		Livro
	F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e nomeando algumas figuras</li> <li>• Vira uma página de cada vez</li> <li>• Pode ser testada a visão binocular (2 olhos em simultâneo):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tabela de Snellen (com correspondências)</li> <li>○ Tabela de Figuras de Kay</li> </ul> </li> </ul>		Tabela Snellen
	P	Corre com segurança evitando obstáculos		
	M	Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau, apoiando-se no corrimão / parede		
	G			
	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz o primeiro nome</li> <li>• Fala sozinho enquanto brinca</li> </ul>		
	L	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas</li> <li>• Linguagem pode ser incompreensível, mesmo pelos familiares</li> <li>• Nomeia objectos familiares e figuras                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifica cabelo, mãos, pés, nariz, boca e sapatos</li> </ul> </li> </ul>		

## Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
2 A	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;</li><li>• Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala;</li><li>• Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo;</li><li>• Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo;</li><li>• Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;</li><li>• Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais;</li><li>• Contar histórias e dar <i>puzzles</i>;</li><li>• Facilitar oportunidade de jogo simbólico;</li><li>• Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias;</li><li>• Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.</li></ul>

**APENDICE IX - Artigo de Revisão Sistemática**

**Programa de Educação para Alta em Unidade de Cuidados  
Intensivos Neonatais**

**Revisão Sistemática da Literatura**

**Ana Bravo** – Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Enfermeira no Hospital da Luz – Serviço de internamento médico-cirúrgico.

**Gabriela Calado** – Professora Coordenadora – Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

## **Resumo**

**Objetivo:** avaliar o benefício de um programa estruturado de educação para a alta em unidade de cuidados intensivos neonatais.

**Métodos:** foi feita pesquisa nas seguintes bases de dados científicas informatizadas: PubMed, SciELO e EBSCO, tendo como limite temporal inferior o ano de 2012 e o limite máximo o ano de 2018. Foram utilizados como descritores de pesquisa catalogados no *DeCS (Descritores em ciências da Saúde)*: *hospital discharge, newborn e education*.

**Resultados:** foram selecionados três estudos, sendo que dois deles comprovam o benefício da implementação de um programa estruturado de educação para a alta em unidade de cuidados intensivos neonatais. O terceiro estudo compara dois programas distintos, não havendo diferenças na preparação dos pais das crianças internada.

**Palavras chave:** educação; alta hospitalar; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN); avaliação de programas; recém-nascido prematuro/pais



## Introdução

A prematuridade é uma questão de saúde pública. Um recém-nascido é considerado prematuro antes das 37 semanas de gestação. <sup>(1)</sup>

Todos os anos, cerca de 15 milhões de bebês nascem no mundo antes de atingir o prazo, mais de um em cada 10 nascimentos. Aproximadamente um milhão de crianças prematuras morrem a cada ano devido a complicações no parto. Muitos dos recém-nascidos prematuros que sobrevivem sofrem algum tipo de deficiência ao longo da vida, em particular, deficiências relacionadas com a aprendizagem e problemas visuais e auditivos. <sup>(1)</sup>

Em todo o mundo, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças com menos de cinco anos de idade. Em quase todos os países, com dados confiáveis, as taxas de natalidade prematura estão a aumentar. <sup>(1)</sup>

Ser pai de um recém-nascido prematuro é um desafio. A evidência de vários estudos revela que um nascimento prematuro com a subsequente hospitalização pode ser considerada uma crise para os pais, causando stress, instabilidade emocional e influencia na relação pais-criança. <sup>(2)</sup>

A transição para casa não é menos importante que os cuidados hospitalares. Cuidar e ser pai de um recém-nascido pode ser muito desafiante e exigente, especialmente durante as semanas e meses após a alta. <sup>(3)</sup>

Uma das intervenções mais importante dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), que pode reduzir problemas para os pais, é dar-lhes capacitação através da formação necessária e oportunidade para que façam parte dos cuidados aos recém-nascidos. <sup>(4)</sup>

O papel de mãe deve ser considerado o fator mais importante na promoção da saúde infantil e todos os esforços devem ser feitos para educar e encorajar as mães para participar nos cuidados aos recém-nascidos prematuros durante a hospitalização. <sup>(5)</sup>

Programas de capacitação, na forma escrita ou verbal, acrescido de demonstração pelos enfermeiros da UCIN, são uma forma eficiente para a aumentar a preparação para a alta das mães. <sup>(5)</sup>

Não há uma definição uniforme de preparação para a alta, usualmente está relacionada com a condição clínica do bebé e com a confiança e competência dos cuidadores para cuidarem do recém-nascido após a alta. <sup>(6)</sup>

A preparação para a alta em neonatologia é definida, como forte capacidade de competências técnicas e conhecimento, conforto emocional e confiança dos cuidadores principais nos cuidados ao recém-nascido no momento da alta. A preparação para a alta em neonatologia é o processo que facilita uma preparação eficaz para a alta. <sup>(6)</sup>

Como cuidadores principais, os pais devem ser capacitados para prestar cuidados complexos e suporte aos seus filhos de forma a melhorar o seu desenvolvimento e bem-estar. <sup>(7)</sup>

Com a realização desta revisão sistemática pretende-se analisar e comparar estudos que utilizam programas estruturados de preparação para alta, de forma a interpretar os seus benefícios e aplicabilidade.

## **Métodos**

Para a realização da presente revisão sistemática da literatura, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Existe benefício num programa estruturado de educação para a alta, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?”. Esta questão de investigação foi elaborada segundo o formato PICO (acrónimo de *Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes*), que tem em consideração o tipo de participantes, o tipo de intervenção, a comparação entre intervenções, os resultados.

À luz da metodologia selecionada para a formulação da questão de investigação, foram definidos critérios de inclusão, de forma a conduzir a identificação e a seleção dos estudos, nomeadamente:

- Participantes – Recém-nascidos/pais;
- Intervenção – Existência de um programa estruturado de educação para a alta;
- Comparação – Educação para a alta informal/não estruturada;
- Resultados – Preparação para alta eficaz.

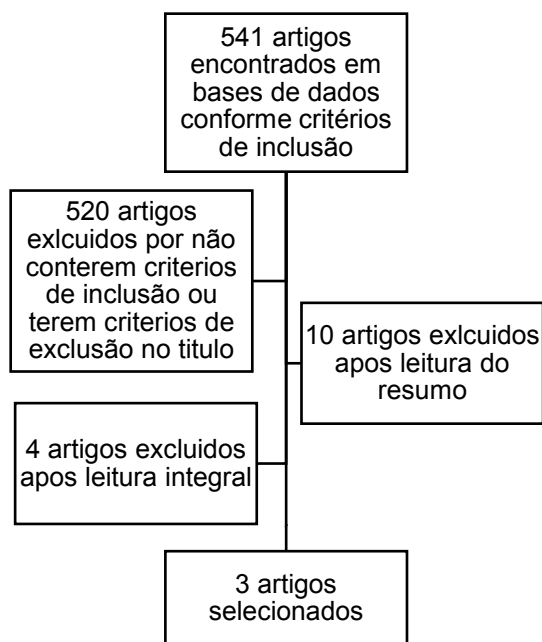
A pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados científicas informatizadas: PubMed, SciELO, e EBSCO, tendo como limite temporal inferior o ano de 2012 e o limite máximo o ano de 2018. Foram utilizados como descritores de pesquisa catalogados no *DeCS* <sup>(8)</sup> (*Descritores em ciências da Saúde*): *alta hospitalar, recém-nascido e educação*.

Delimitaram-se como critérios de exclusão: estudos que continham os termos “recém-nascido de termo” e “recém-nascido submetido a cirurgia” no título da publicação. Ainda, como outros critérios de inclusão, de forma a auxiliar na seleção dos artigos, foram selecionados os termos: “premature”, “pré-termo” e “Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais” no título do artigo.

Como operadores booleanos e combinações foram utilizados: *alta hospitalar* AND *recém-nascido* AND *educação*.

Numa primeira fase foram analisados os títulos dos artigos obtidos, excluindo-se aqueles que não contemplaram os critérios de inclusão ou que contemplassem critérios de exclusão. Após esta seleção partiu-se para a leitura do resumo, utilizando os mesmos critérios de inclusão/exclusão. Por fim realizou-se a leitura na íntegra das publicações selecionadas. Apresenta-se o organograma de exclusão dos artigos na figura 1.

**Figura 1.** Organograma de exclusão dos artigos



## Resultados

Finda a seleção dos artigos partiu-se para análise dos mesmos. Da seleção resultaram 3 artigos, 2 estudos quase experimentais e um estudo prospectivo, descritivo e correlacional.

A qualidade metodológica dos três estudos foi avaliada de forma independente, com recurso às ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*.<sup>(9)</sup> O estudo de *Peyrovi H et al* <sup>(5)</sup> e o estudo de *Chen Y et al* <sup>(10)</sup> foram avaliados com nível 2 de evidência. O estudo de *Galeano & Carvajal*<sup>(11)</sup> foi avaliado com nível 3 de evidência. Após a análise dos artigos selecionados foi feita a descrição individual de cada estudo, seguindo a ordem cronológica de publicação, apresentado na tabela 1.

**Tabela 1.** Características metodológicas dos estudos, principais outcomes e conclusões

Autor/Título	Peyrovi, H et al <sup>(5)</sup> The effect of empowerment program on “perceived readiness for discharge” of mothers of premature infants	Chen, Y et al <sup>(10)</sup> Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care	Galeano M; Carvajal, B <sup>(11)</sup> Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge
País/Ano	Irão/2015	China/2015	Colombia/2016
Objetivo	Examinar o efeito do programa de “empowerment”: “percepção da preparação para a alta” das mães dos recém-nascidos prematuros no momento da alta.	Examinar o efeito de um programa de educação, na preparação para a alta, dos pais dos recém-nascidos prematuros da Unidade de cuidados intensivos neonatais.	Determinar o efeito modular de intervenções aplicadas às mães dos recém-nascidos prematuros a respeito das competências de “coping” na alta dos cuidados intensivos neonatais
Desenho	Estudo quase experimental	Estudo quase experimental	Estudo prospetivo, descritivo e correlacional
Participantes	80 mães de recém-nascidos prematuros de 2 hospitais do Irão (40 mães no grupo experimental e 40 no grupo de controlo)	154 (pais ou mães) de recém-nascidos prematuros de 2 hospitais da China. (80 pais no grupo experimental e 74 no grupo de controlo) 126 pais completaram o estudo	144 mães de recém-nascidos prematuros de 2 hospitais da Colombia. (79 mães da instituição 1 e 65 mães da instituição 2)
Intervenção de interesse	Aplicação de um programa de preparação para a alta, dividido em 3 fases para educação da mãe	Aplicação de um programa de educação, baseado em pequenos grupos e em duas sessões de 60 minutos cada	Aplicação de 2 programas de educação diferentes em cada uma das instituições
Outcomes	A implementação do programa aumenta a	Os pais do grupo experimental ( de	O nível de “coping” das mães do recém-nascidos

	capacitação das mães, para cuidar dos recém-nascidos prematuros na alta	intervenção), reportam um nível mais elevado de preparação para a alta	prematuros foi o mesmo nas duas instituições
Conclusões	Programas de “empowerment” são uma forma eficaz de aumentar a capacitação na preparação para a alta.	A intervenção na educação para a alta pode aumentar significativamente a preparação a preparação dos pais no momento da alta.	A informação fornecida aos pais deverá ser desenvolvida de acordo com as necessidades dos pais.

O estudo de *Peryrovi H et al*<sup>(5)</sup> testa a seguinte hipótese: “A preparação, no campo técnico dos cuidados ao prematuro, das mães do grupo experimental é mais elevado que nas mães do grupo de controlo no momento da alta?”. Para a resposta à hipótese realiza um estudo quase experimental com recrutamento dos pais baseado em critérios de inclusão e exclusão, sendo os mesmos incluídos consecutivamente no grupo experimental e de controlo, comparando os grupos após a intervenção, no momento da alta.

O estudo foi realizado em dois hospitais do Irão durante um período de 5 meses. Considerou alguns critérios de inclusão dos pais, tais como: idade superior a 18 anos, literacia, não ter doenças físicas, neurológicas ou psiquiátricas e não ter filhos com internamento anterior em UCIN. Como critérios de inclusão dos recém-nascidos definiram: idade gestacional 28-34 semanas, peso à nascença inferior a 2500g, gravidez de apenas um bebé e sem anomalias congénitas. Ainda como critérios de exclusão: alta do recém-nascido antes do final da intervenção, ausência da mãe em todas as etapas da intervenção e morte do recém-nascido. <sup>(5)</sup>

A colheita de dados inclui informação demográfica e preenchimento do questionário “Parent Discharge Readiness”, composto por 15 itens, preenchido antes da intervenção pelos pais e preenchido após a intervenção pelos pais e pelos enfermeiros. O preenchimento deste questionário antes da intervenção foi também utilizado como critério de inclusão quando score inferior a 7. <sup>(5)</sup>

A intervenção no grupo experimental foi realizada em três fases de educação, cada fase com duração entre 30 e 60 minutos, com sessões regulares e com intervalos de tempo consoante a condição das mães. A 1ª fase realizava-se 3 a 4 dias após o nascimento com o intuito de reduzir o impacto causado pela UCIN. A 2ª fase desenvolvia-se 2 a 4 dias após a 1ª fase e continha métodos de cuidados gerais ao recém-nascido, interação com o bebé, envolvimento ativo das mães com os filhos. A

3ª fase foi ministrada 3 dias antes da alta e desenvolvia a preparação para o papel de mães na transição para casa, estabelecimento de relação efetiva com os bebês, com ênfase nos exames de triagem, vacinação, medicação necessária, dosagens e métodos de administração e como contactar a UCIN e os especialistas quando necessário. Foi entregue um livro como educação suplementar. <sup>(5)</sup>

As sessões foram realizadas em forma de apresentações, perguntas e repostas, grupo de discussão e participação das mães nos cuidados aos recém-nascidos.

No grupo de controlo a educação foi fornecida ao longo do treino de rotina do serviço.

<sup>(5)</sup>

Como resultados deste estudo, antes da intervenção não há diferenças estatísticas significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, em termos de competências técnicas do cuidado ao recém-nascido prematuro. <sup>(5)</sup>

Após a intervenção, a preparação técnica no grupo experimental foi significativamente mais elevada em 9 de 11 itens, do que no grupo de controlo. Na questão final, sobre a preparação geral para alta, foi mais elevado no grupo experimental, tanto no preenchimento pelos pais como na avaliação efetuada pelos enfermeiros. <sup>(5)</sup>

O estudo desenvolvido por Chen Y et al<sup>(10)</sup> coloca as seguintes questões de investigação: “qual o estado atual de preparação para a alta dos pais dos recém-nascidos prematuros da UCIN?”, “quais as diferenças na preparação para a alta dos pais, do grupo de controlo e no grupo de intervenção” e “quais os fatores preditivos de preparação para a alta dos pais?”.

Na resposta às questões realiza um estudo quase experimental, desenvolvido em dois hospitais da china, durante 6 meses. Como critérios de inclusão dos pais foram considerados: idade mínima de 18 anos, ser o cuidador principal depois da alta, grau de educação equivalente a 8 ou mais e destino da alta para domicílio. Como critérios de exclusão: criança submetida a cirurgia, malformação congénita e recém-nascidos abandonados, readmitidos ou falecidos. <sup>(10)</sup>

Foi selecionada uma amostra de 154 pais, tendo sido a amostra no final do estudo de 126 pais. <sup>(10)</sup>

O programa de educação para a alta, foi baseado em pequenos grupos (1-4 pais) e decorreu nos laboratórios da UCI. Incluía duas sessões de educação, com aproximadamente 60 minutos cada e foi realizado uma semana antes da alta, tendo sido feita uma marcação prévia com pais para decidir quando e onde se iniciaria o

programa. No final da 2ª sessão, foi distribuída uma brochura que continham a informação fornecida nas duas sessões. <sup>(10)</sup>

Na 1ª sessão eram abordadas questões com as características do prematuro o toque ao recém-nascido e método canguru. Na 2ª sessão abordavam a alimentação, o banho, controlo da temperatura e prevenção de infeção. <sup>(10)</sup>

Ambos os grupos receberam cuidados de rotina da UCIN, encontro com os médicos 2 a 3x's por semana, informação sobre a situação clínica dos filhos e situações a que precisavam estar atentos após a alta. Ambos pegaram nos seus filhos e aprenderam sobre alimentação do bebé, no dia da alta. <sup>(10)</sup>

Como método de avaliação da preparação para a alta dos pais e para o método de educação, eram preenchidos, pelos pais, após a intervenção, dois questionários: "Parental Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS)" e "Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS)". Estes questionários foram preenchidos por ambos os grupos no dia da alta. <sup>(10)</sup>

Os resultados deste estudo indicam um total médio e pontuação na escala significativamente mais elevada do questionário RHDS no grupo de intervenção, bem como no questionário QDTS. <sup>(10)</sup>

No estudo desenvolvido por *Galeano & Carvaja* <sup>(11)</sup> tem como objetivo determinar o efeito modular de intervenções aplicadas às mães dos prematuros a respeito do "coping" na alta da UCIN em duas unidades da Colombia durante 7 meses. Para isso realiza um estudo prospetivo, descritivo e correlacional.

Como critérios de inclusão para o mesmo, delimita a idade gestacional inferior a 37 semanas e internamento mínimo de 7 dias. Como critérios de exclusão: mães com distúrbios mentais, cognitivos, auditivos ou de linguagem, historia de abuso de substancias psicoativas, recém-nascidos com malformações congénitas ou sequelas neurológicas severas. As mães dos recém-nascidos eram indicadas para estudo, pelo enfermeiro coordenador e diretor médico da UCIN. <sup>(11)</sup>

A amostra do estudo foi de 144 mães de recém-nascidos prematuros internados nas referidas unidades. Foi colhida informação demográfica das mães dos recém-nascidos. Como instrumento de avaliação foi utilizado o questionário "Coping and Adaptation Processing Scale" (CAPS). <sup>(11)</sup>

O estudo compara duas intervenções distintas, aplicadas cada uma delas numa instituição. <sup>(11)</sup>

Na instituição 1, a educação das mães começa no momento da admissão, durante o internamento e até à alta. Os enfermeiros forneceram informação e incluía um folheto com as políticas de visitas, de permanência dos pais na UCIN e lavagem das mãos. Durante o internado foi dada formação à mãe sobre alimentação, cuidados ao recém-nascido e método Canguro. Na alta foram dadas recomendações relacionadas com o cuidado ao recém-nascido em casa.

Na instituição 2, na admissão era feita educação sobre aleitamento materno e método de extração de leite e política de visitas e permanência dos pais na UCIN. Durante a hospitalização as mães recebiam sessões de educação sobre cuidados aos bebés prematuros, informação sobre o estado de saúde dos seus filhos e técnico de canguru. 3 a 5 dias antes da alta as mães eram incluídas no programa de alta e recebiam informação de como providenciar os cuidados no domicílio. <sup>(11)</sup>

No final os enfermeiros avaliavam o conhecimento das mães através de um questionário e se tivessem um bom nível de conhecimento, os bebés tinham alta.<sup>(11)</sup> Era, também, fornecido um folheto com recomendações na alta, relacionados com consultas de pediatria, calendário de vacinação, sinais de alarme e dicas para os cuidados às crianças.<sup>(11)</sup>

## **Discussão**

Os dois primeiros estudos de *Peyrovi H et al* <sup>(5)</sup> e *Chen Y et al* <sup>(10)</sup> são semelhantes pela metodologia utilizada (quase experimental) e pelos grupos de controlo e experimental, visto que comparam grupo em que há intervenção com programa de educação e grupo sem programa.

Também ambos, concluíram, que a existência de programas de educação para a alta são benéficos na preparação para a alta. <sup>(5,10)</sup>

No estudo de *Chen Y et al*, mais de 90% dos pais submetidos ao programa de educação para alta, referiram sentir-se preparados para a alta dos filhos. Demonstrando estes pais, do grupo experimental, maior nível de preparação para alta do que no grupo de controlo. <sup>(10)</sup>

Os autores atribuem o êxito do programa a várias causas: primeiro, o grupo de intervenção recebeu duas sessões de educação que os proveu de conhecimentos básicos sobre o cuidado aos seus filhos prematuros, de acordo com as necessidades



dos pais. Segundo, depois de participarem no programa de educação, os pais sentem-se suportados pelos profissionais de saúde após a alta, dando-lhes entusiasmo e confiança. Terceiro, porque o programa usa grupos pequenos, os pais têm mais hipótese de trocar experiências e recebem suporte uns dos outros. <sup>(10)</sup>

Concluem ainda que internamentos longos na UCIN no grupo de intervenção, pode ser um potencial fator para uma melhor preparação para a alta, mas que o efeito do comprimento do internamento na preparação dos pais deve ser explorado mais a fundo. <sup>(10)</sup>

O estudo de *Peyrovi et al*<sup>(5)</sup> apresenta resultados de preparação para a alta, mais elevado no grupo experimental, sendo superior a 77% em 10 de 11 itens avaliados sobre competências técnicas. No grupo controlo existe apenas 1 item em que o score é superior a 75% nos mesmos 11 itens avaliados. Suportando estes valores, a eficácia da implementação do programa.

A metodologia do estudo de *Galeano & Carvaja*<sup>(11)</sup> é diferente das anteriores, bem como o objeto de estudo. Neste documento não existe grupo de controlo e grupo experimental, havendo dois programas de educação para a alta, aplicados em dois hospitais distintos, comparando os resultados entre si.

Da comparação entre as duas instituições, não houve diferença entre as duas instituições, sendo o nível de “coping” o mesmo para ambas as mães, antes e após a alta. Conclui que o que pode influenciar o nível de “coping” é a informação fornecida na admissão, que deve ser estandardizada e priorizada. Por outro lado, informação individualizada, deve ser fornecida em necessidades específicas que as mães identifiquem. <sup>(11)</sup>

Este estudo não nos fornece mais informação, dado que estuda várias vertentes do “coping” dos pais dos recém-nascidos prematuros, as quais não foram incluídas nesta revisão sistemática. <sup>(11)</sup>

## **Conclusões**

Após análise dos artigos supracitados, conclui-se a eficácia de programas de educação para a alta, dos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UCIN, face a educação informal durante a prestação de cuidados. Programas de educação para a alta devem ser projetados e incluídos nos cuidados clínicos de rotina e nas

políticas de cuidados. Devem ser estabelecidos para apoiar a utilização de programas de ensino para a alta, como benefício para as crianças prematuras e seus pais. Em complemento, avaliar a preparação para a alta deve ser recomendação para a ajudar na adaptação ao período de alta. <sup>(10)</sup>

Deve privilegiar-se um programa estruturado e ministrado em pequenos grupos, de forma a dar hipótese de personalização da informação fornecida, adequada às necessidades dos pais. As intervenções que envolvem informação e comunicação devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades informativas os pais sobre os seus recém-nascidos prematuros ao longo do internamento na UCIN. Esta informação promove o desenvolvimento das funções parentais, reduz a ansiedade e o stress, aumentando o nível de “coping” na alta, reduzindo os riscos associados a lacunas nos conhecimentos dos pais e a capacitação parental para a prestação dos cuidados em casa. <sup>(11)</sup>

Destaca-se, também, a importância das competências dos enfermeiros da UCIN, na educação dos pais, para promoção da saúde do recém-nascido. Os enfermeiros especializados desempenham um papel fundamental como educadores na preparação das famílias para a alta, incentivando ótimos resultados na alta e após a alta. <sup>(5)</sup>

## Bibliografia

1. Organização Mundial de Saúde, Centro de Imprensa. Partos Prematuros. [web page]. 2015. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Lutz KF, Anderson LS, Riesch SK, Pridham KA, Becker PT. Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series, part2: grasping the early parenting experience – the insider review. J Spec Pediatric Nurs. 2009;14(4):262-283
3. Boikova, M. Transition from Hospital to Home in Preterm Infants and Their Families. J Perinat Neonat Nurs. 2016; 30 (3): 270-272
4. Liu C, Chao Y, Huang C, et al. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of premature infants. J Clin Nurs 2010;19:1729-37
5. Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, Chehrzad, M, Mehran, A. The effect of empowerment program on “perceived readiness for discharge” of mothers of premature infants. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.2015; Early Online:1-6.
6. Smith VC, Hwang SS, Young S, Pursley, DM. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. Journal of Perinatology. 2013. 33:415-421
7. Verklan MVM. Core curriculum for neonatal intensive care nursing. Philadelphia: Sanders Elsevier Co. 2010
8. Descritores em Ciências da Saúde. [web page]. Disponível em <http://decs.bvs.br/>
9. Joanna Briggs Institute. Systematic Review Resource Package. [Web page] Adelaide; 2017. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN\\_SYNTHSISE\\_Resource-V4.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf).

10. Chen Y, Zhang J, Bai J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *The Journal of Advanced Nursing*. 2015. 135-146
11. Galeano M, Carvajal, B. Coping in Mothers of Premature Newborns After Hospital Discharge. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2016. 16:105-109